

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paule PETIT

Née à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir), le 30 Septembre 1906

LES DÉLIRES
DE PERSÉCUTION CURABLES

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paule PETIT

Née à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir), le 30 Septembre 1906

LES DÉLIRES
DE PERSÉCUTION CURABLES

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiâtrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM

AIGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY -		VELTER	
RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CETTE THÈSE :

A CEUX QUI M'ONT PRODIGUÉ LEUR AFFECTION,
LEUR ENSEIGNEMENT, LEUR EXEMPLE :

MONSIEUR LE CHANOINE G. POTHIER

Directeur de l'Institution Notre-Dame de Chartres

MON PÈRE, MA MÈRE

MA GRAND'MÈRE

MES PROFESSEURS

A CEUX QUE J'AIME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Membre de l'Académie de Médecine

MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL GUIRAUD

Médecin-Chef de l'Asile Sainte-Anne

*Qui m'a donné le sujet de cette thèse.
Avec ma profonde reconnaissance pour
ses précieux encouragements et pour son
si vivant enseignement.*

A MES MAÎTRES
PENDANT MON INTERNAT
DANS LES ASILES DE LA SEINE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. DEMAY
MONSIEUR LE DOCTEUR L. MARCHAND
MONSIEUR LE DOCTEUR TH. SIMON
MONSIEUR LE DOCTEUR GENIL-PERRIN
MONSIEUR LE DOCTEUR XAVIER ABÉLY

En reconnaissance de leur enseignement et de leur bienveillance.

A MES MAÎTRES PENDANT MON EXTERNAT
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

AVANT-PROPOS

Il n'est pas dans notre intention de réviser la classification des délires, encore moins d'y ajouter une nouvelle entité nosologique. Nous voulons seulement étudier dans ce travail comment se présente à l'heure actuelle le problème si important par son intérêt pronostique des délires de persécution curables. Ils restent une réalité clinique incontestable et cependant si l'on consulte les certificats d'entrée et de quinzaine de tels malades, on trouve presque toujours porté un pronostic sombre de chronicité, que vient infirmer dans les semaines ou les mois suivants, l'évolution vers une guérison alors assez imprévue. C'est là, croyons-nous, l'écueil des vastes synthèses nosographiques contemporaines en particulier celles de KRAEPELIN et de BLEULER, dont nous ne méconnaissons pas la valeur rénovatrice considérable, mais qui ont trop négligé les délires transitoires, auxquels les anciennes classifications, surtout celle de MAGNAN, accordaient une large place.

Ces considérations nous ont amenée — évitant une banale énumération d'épisodes délirants susceptibles de guérir, artificiellement isolés des différents cadres auxquels ils sont rattachés, évitant d'autre part une synthèse aussi artificielle « en un vaste groupe imprécis » — à envisager du point de vue strictement clinique, en dehors de toute préoccupation doctrinale ou pathogénique, l'étude des délires de persécution curables, dont l'opposition radicale aux délires chroniques n'est pas évidente d'emblée, toutes les formes de transition étant d'ailleurs possibles. L'étude plus approfondie des particularités séméiologiques et structurales, des mécanismes psychologiques de ces états peut permettre de faire souvent un diagnostic précoce, de « prévoir dès le

début la possibilité d'évolution » et de porter ainsi un pronostic relativement favorable.

De l'observation d'un assez grand nombre de cas, nous avons été amenée à distinguer deux grands groupes cliniques de délires persécutifs curables, que nous développerons dans ce travail :

I^o Les délires qui se rattachent à un onirisme dégradé et qui, par le polymorphisme, la complexité et la variabilité de leurs thèmes, l'in vraisemblance et l'imperméabilité de leur expression, prennent le masque des états paranoïdes, alors qu'ils sont le résultat d'un bouleversement psychique paroxystique. Nous les plaçons dans le cadre des *délires à structure oniroïde*.

II^o Les délires dans lesquels le thème délirant ne présente pas les caractères d'absurdité, d'impossibilité des délires chroniques. Ils ont tous les caractères structuraux des psychoses paranoïaques, mais avec certaines particularités qui leur sont propres. Dans ces cas, en effet, tout se passe comme si le processus morbide n'atteignait pas la sphère intellectuelle proprement dite. Nous les individualisons sous le nom de *délires à structure de réalité*.

Avant d'exposer cette thèse, nous voudrions adresser un témoignage de reconnaissance particulière à ceux de nos maîtres, MM. les Docteurs G. DEMAY, Xavier ABÉLY et MARCHAND qui, avec M. le Docteur GUIRAUD, ont bien voulu s'intéresser à notre sujet, n'ont cessé de nous encourager et nous ont procuré un important matériel clinique. Nous ne saurions trop remercier notre conférencier le Docteur Henri EY dont nous sommes redevable d'un si riche et si vivant enseignement et qui nous a également prodigué ses conseils, ainsi que le Docteur PICARD, médecin-directeur de l'Asile de Bonneval, qui nous a si aimablement apporté, pour certains cas, une appréciable collaboration. Que nos aînés dans les Asiles, les Docteurs Julien ROUART et Charles-Henri NODÉ, en souvenir de nos amicales discussions qui nous furent si profitables, soient assurés de notre grande amitié. Enfin que notre chère amie, le Docteur Hélène BONNAFOUS-SÉRIEUX, qui nous a guidée vers la Médecine mentale, trouve ici l'expression de notre meilleure affection.

HISTORIQUE

Dans les conceptions et les observations anciennes de la folie, celle-ci est presque toujours représentée sous forme d'accès, de poussées aiguës : Phrénitis, manie, mal sacré (épilepsie), délire aigu fébrile, décrits dès la période hippocratique.

SORANUS d'Ephèse et Cœlius AURELIANUS les premiers distinguent la phrénitis de l'aliénation mentale proprement dite. Au XVIII^e siècle (ZACCHIAS) et au début du XIX^e (PINEL et ESQUIROL) la classification purement symptomatique des états psychopathiques laisse encore une large place aux formes aiguës, curables, dans les délires partiels (lypémanie et monomanies) opposés au délire général.

A partir du XIX^e siècle, tant en France (avec LASÈGUE, J. FALRET, MOREL et MAGNAN) qu'en Allemagne (avec WESTPHAL, CRAMER, SNELL, SCHÜLE, etc...) commence un vaste travail d'épuration et de systématisation clinique. Cette nouvelle méthode « rationnelle, essentiellement étiologique et clinique » (MAGNAN) permet la conception d'un délire chronique et son isolement des délires aigus. Ces derniers, par un « chassé-croisé », rencontré si fréquemment dans l'histoire de l'aliénation mentale, se trouvent notablement *restreints* au profit des formes chroniques et *englobés* pour la plupart dans ce grand groupe unique : le délire chronique. Ainsi LASÈGUE, dans sa magistrale description du délire des persécutions (1852) s'arrête — comme le fait remarquer MAGNAN — « à la période de floraison », ne suit pas l'évolution et englobe parmi les persécutés, des dégénérés qui guérissent rapidement, même des alcooliques subaigus ou des intermittents, des persécutés non hallucinés. Ces faits disparates quant à l'étiologie, au début, à la symptomatologie, véritable « mosaïque clinique » évoluaient souvent vers la guérison.

Il fallut donc extraire du groupe des délires chroniques des formes aiguës et leur conférer de nouveau une autonomie sous une terminologie nouvelle.

Il nous faudrait, pour être complet, refaire l'histoire des paranoïas aiguës, de la confusion mentale, des manies et des mélancolies délirantes, de l'épilepsie et de l'hystérie, des syndromes épisodiques des dégénérés ; encore n'y retrouverions-nous pas tous les délires curables qui nous intéressent.

Nous nous contenterons de dégager dans leur succession chronologique et de mettre en valeur les grands mouvements qui en France, comme à l'étranger, ont repris l'isolement des délires curables, selon des conceptions très différentes (1).

Nous les classerons, schématiquement, *en trois grandes périodes* : La première résume l'histoire des délires polymorphes des dégénérés en France et celle de la paranoïa aiguë en Allemagne.

La seconde période correspond à l'éclipse des différents délires curables, englobés dans les vastes synthèses nosographiques allemandes et françaises.

Enfin la troisième période, phase moderne de la question, marque la réaction en faveur de l'individualisation, à côté des délires chroniques, d'un certain nombre de psychoses d'évolution plus favorable.

I. 1^{re} PÉRIODE. — LES DÉLIRES POLYMORPHES DES DÉGÉNÉRÉS. LA PARANOÏA AIGUE

En France, l'œuvre de MAGNAN et de ses élèves se place, à ce sujet, au premier rang.

Partant de sa conception de la dégénérescence, MAGNAN crée les psychoses constitutionnelles et les classant, suivant la gravité de la prédisposition essentiellement héréditaire et le degré de validité du cerveau, en trois classes homogènes, il isole ainsi : 1^o Les psychoses des dégénérés, à l'opposé

(1) L'étude historique de ce sujet a été en grande partie traitée — pour des fins différentes — dans de nombreux travaux, en particulier de Sérieux et Capgras, de Genil-Perrin (Les Paranoïaques) et dans les thèses de Bessière, de Valence, de Montassut et enfin dans la récente thèse si documentée de Lacan, à laquelle nous avons fait, en nous contentant d'un résumé, de larges emprunts. En outre le plan général de ce chapitre nous a été inspiré par une publication d'Halberstadt faite à la Société Médico-Psychologique en 1922, à propos de la Psychose dégénérative aiguë, qui nous a paru résumer le plus clairement — toute considération dogmatique mise à part — une partie de la question des délires curables.

2^o Du délire hallucinatoire chronique, psychose des cerveaux valides chez lesquels l'influence héréditaire est minime et la prédisposition latente et 3^o la folie intermittente, psychose des prédisposés simples, intermédiaire aux deux groupes extrêmes et comprenant seulement les formes simples de manie et de mélancolie, sans délire.

MAGNAN élève ainsi au rang d'entité morbide le vaste cadre des *délires des dégénérés*, présentant une unité étiologique et évolutive.

Ces délires éclosent sur un terrain spécial *dégénératif* marqué d'une lourde hérédité psychopathique et caractérisé par la « désharmonie physique et psychique », la déséquilibration mentale, les stigmates intellectuels, affectifs et physiques, avec tous leurs degrés. Ce terrain crée une prédisposition toute spéciale au délire. De tels sujets « n'attendent qu'un prétexte pour délirer » et LEGRAIN, dans sa thèse, a bien insisté sur cette « tendance au délire ».

La fréquence de la terminaison par *la guérison* fait l'unité évolutive de ce groupe. C'est dire son importance pronostique capitale. Il comprend essentiellement :

Les bouffées délirantes ou délires d'emblée, — délires épisodiques, essentiels, et :

Les délires polymorphes, à systématisation limitée, plus durables.

a) Les *bouffées délirantes polymorphes* décrites par MAGNAN dans ses *Leçons Cliniques* ont un aspect clinique particulier, expression même du déséquilibre psychique fondamental du dégénéré, et sont caractérisées par :

1^o *La brusquerie du début*, qui est le meilleur élément de bon pronostic d'emblée. Elles éclatent chez des dégénérés à l'occasion de la cause la plus futile ou sans cause apparente, « véritable coup de tonnerre dans un ciel serein » — « jaillissant violemment avec l'instantanéité d'une inspiration », selon les formules imaginées de MAGNAN ;

2^o *La rapidité de son élaboration*. C'est un délire d'emblée. « Il sort armé de toutes pièces, de pied en cap du cerveau du malade ». « Il n'y a pas de préface au délire », complet dès le début, il n'évolue pas, il piétine sur place, il marque le pas sans progresser ni s'accroître.

3^o Le polymorphisme habituel des thèmes délirants et leur variabilité ;

4^o « Le cortège » et la multiplicité des troubles psychosensoriels : hallucinations nombreuses pluri-sensorielles, illusions ; éléments intuitifs et interprétatifs surajoutés ;

5^o Coexistence d'un certain degré de confusion et de désordre de l'humeur (anxiété ou agitation maniaque, impulsions, expansivité ou inertie) ;

6^o Le peu de consistance du délire, « mélange incohérent et enchevêtré », « sans attaches profondes », sans systématisation, cependant vécu intensément par le malade et entraînant d'emblée sa conviction pleine et entière ;

7^o Enfin, dernier caractère capital et constant, la guérison rapide de ce délire qui « disparaît souvent comme il s'est déchaîné, avec la même rapidité » en quelques jours ou en quelques semaines. Mais le pronostic est toutefois assombri par la fréquence des récidives. « C'est, dit encore MAGNAN, un délire sans conséquence, sinon sans lendemain ». Cependant la possibilité du passage à la chronicité, formellement niée par MAGNAN, de rares exceptions mises à part, est admise ultérieurement par LEGRAIN.

b) A côté de ces bouffées délirantes, les mieux connues, il faut placer *certaines délires intellectuels des dégénérés* : délires polymorphes des débiles, et délire de systématisation limitée des dégénérés supérieurs ; ces délires, bien étudiés par LEGRAIN dans sa thèse (1) se cantonnent dans une sphère restreinte, sont plus persistants, mais encore fréquemment curables. Ces délires peuvent être secondaires à un délire d'emblée qui traîne, ou bien sont primitifs et progressifs.

Ils sont plus ou moins polymorphes, protéiformes, irréguliers, variables dans leurs formes, souvent exempts de phénomènes nettement sensoriels, mais fondés essentiellement sur des interprétations absurdes, illogiques de faits réels ; ils n'ont aucune évolution systématique. Ils ont encore une caractéristique spéciale : leur accommodation au milieu social qui permet à de tels malades de vivre très longtemps en liberté.

(1) LEGRAIN. — *Du délire chez les dégénérés* (Thèse, Paris, 1886).

Enfin si de tels délires peuvent évoluer vers la chronicité et la démence, beaucoup (en particulier les délires les plus polymorphes chez des sujets jeunes) peuvent guérir rapidement ou progressivement en lysis même après des années. « Quel qu'il soit et quelle qu'en soit sa durée, le délire du dégénéré peut toujours guérir. »

ARNAUD décrit avec clarté dans le Traité de GILBERT-BALLET, parmi les psychoses constitutionnelles des *délires systématisés aigus* « à systématisation habituellement faible » qui correspondent aux délires d'emblée de MAGNAN. Il insiste également sur l'importance, « non de la formule délirante, mais du caractère d'ensemble de la maladie et de l'évolution ». Cependant il fait quelques réserves au sujet du dogme de la dégénérescence de MAGNAN, remarquant, après GILBERT-BALLET que « s'il est facile de constater l'hérédité, il est, plus difficile de la doser ». Aussi s'attache-t-il à la qualité plutôt qu'à la quantité, « aux effets de la prédisposition plutôt qu'à son intensité » et admet l'éclosion de tels délires chez des sujets dont la prédisposition est latente. En outre, il est beaucoup plus pessimiste que MAGNAN quant au pronostic de ces délires et n'admet guère une guérison complète et durable, mais plutôt une simple rémission, « le travail morbide se continue sourdement jusqu'à l'éclosion du nouvel accès qui l'enrichit ».

Enfin DAGONET, en 1894, imprégné des idées de SCHULE, isole, à côté du délire systématisé chronique, des délires systématisés aigus ou hallucinatoires et des formes intermittentes du délire de persécution.

Si nous avons insisté sur l'analyse de ces délires d'emblée, curables, c'est qu'il nous a paru utile de souligner quelques traits, bien mis en évidence par MAGNAN et n'impliquant pas pour lui un pronostic défavorable, traits que nous retrouverons dans l'étude clinique du premier groupe de nos délires curables et qui pourtant ont été classés dans les travaux modernes, parmi les symptômes de chronicité spécifiquement « schizophréniques » (tels l'incohérence, l'ambivalence, l'inertie, les impulsions, l'automatisme mental, l'apparente incohérence) ou paranoïaques (tels les interprétations systématiques de tous les faits, la déviation de logique, etc.).

Quelques années plus tard, dès la fin du ^{xix}^e siècle, *trois catégories* de cas aigus, curables sont *schématiquement* distincts, isolés, dans ce grand groupe des délires des dégénérés, qu'on commence ainsi de démembrer. L'école de CHASLIN et surtout celle de SÉGLAS s'opposent à l'école de l'Admission.

En 1895 CHASLIN, continuateur des travaux de DELASIAUVE, isole la *confusion mentale aiguë primitive*, en fait une entité morbide à laquelle il donne une extension exagérée, et qui englobe dans ses variétés délirantes une grande partie des délires dégénératifs aigus.

La même année, SÉGLAS introduit en France la notion de *paranoïa aiguë*, combattant l'idée, en cours à cette époque, de voir dans la bouffée délirante des dégénérés une entité clinique. Il concède seulement l'existence habituelle des tares héréditaires, mais il insiste surtout sur la constitution particulière, paranoïaque, qui est à la base de ces psychoses, caractérisée par l'autophilie, l'exagération de la personnalité. Il fait de la paranoïa aiguë, dans une de ses *Leçons Cliniques* (1), une description magistrale et en distingue trois types : la forme simple, purement interprétative et systématisée ; la forme hallucinatoire ; enfin la forme avec confusion mentale, habituellement secondaire, rarement primitive, toujours contingente et fugace. SÉGLAS distingue la paranoïa aiguë de la confusion mentale primitive hallucinatoire et délirante de CHASLIN et oppose point pour point ces deux affections : « délires d'emblée des dégénérés, confusion mentale, et paranoïa aiguë, dit-il, ne sont pas synonymes » ; et ces deux dernières variétés résument pour lui les délires curables. Comme MAGNAN il insiste sur l'invasion brusque du délire, son polymorphisme et sa mobilité, qui sont autant d'éléments d'un bon pronostic, confirmé par l'évolution vers la guérison, après plusieurs mois.

En 1899, FARNARIER, dans sa thèse faite sous l'inspiration de SÉRIEUX, décrit la *psychose hallucinatoire aiguë* ; il en fait une variété du délire d'emblée des dégénérés, mais l'isole en raison de la prédominance des hallucinations de tous les sens, surtout de la sphère auditive, sur les idées délirantes

(1) SÉGLAS. — *Leçon du 7 mars 1894, in Leçons cliniques publiées par H. Meige (Asselin et Houzeau, 1895, p. 383).*

asystématisées et secondaires. Il différencie cette psychose hallucinatoire aiguë de la paranoïa aiguë ou délire aigu des dégénérés reposant sur des illusions et des interprétations délirantes et trahissant une perversion congénitale des facultés logiques ; enfin l'auteur insiste sur le pronostic de ces états habituellement favorable.

A la même époque, en Allemagne, les essais tentés par différents auteurs au sujet des délires d'évolution aiguë correspondent à peu près aux conceptions françaises, mais la grande variété des dénominations usitées entraîne une certaine confusion. WESTPHAL le premier, décrit, en 1878, à côté de la paranoïa chronique, rejetant la conception de l'incurabilité de cette affection, une forme aiguë, *acute primäre Verrücktheit*, caractérisée par le début rapide, idées délirantes de persécution et de grandeur, hallucinations surtout auditives et appoint confusionnel ou excitation motrice surajoutée, enfin, par l'évolution aiguë, réalisant une forme essentiellement curable de l'aliénation mentale.

MERCKLIN, en 1879, décrit comme une des cinq modifications de la Paranoïa chronique une forme aiguë d'un pronostic alors très favorable. SCHULE décrit parmi les psychoses du cerveau invalide, à côté de formes chroniques, des formes aiguës, délire systématisé aigu avec ses variétés : délire sensoriel avec hallucinations, mélancolique, aigu maniaque, aigu avec stupeur, qui sont très différentes de la forme chronique et plus proches des psycho-névroses que de la paranoïa.

Bientôt en effet la *Verrücktheit* aiguë n'est plus admise en Allemagne ; « la folie aiguë » n'a plus rien de commun avec le délire systématisé primaire (*primäre Verrücktheit*) et en 1888 KRAFFT-EBING englobe ces cas dans un groupe tout à fait à part, sous le nom de délire hallucinatoire « *hallucinatorischer Wahnsinn* », forme aiguë, qui ne se transforme jamais en délire systématisé et est habituellement curable.

A la même époque, divers auteurs admettent la distinction de KRAFFT-EBING et décrivent les formes aiguës sous des terminologies différentes : MEYNERT (1881) les étiquète Amentia ; MAYSER (1885) « *acutes astenisches Delirium* », enfin FRITSCH et MÜLLER (de Vienne) en 1880, les réunissent dans le grand groupe de la *Verwirrtheit*, qui correspond à

la confusion mentale hallucinatoire, dont CHASLIN reprend l'étude quelques années plus tard.

En fait, on se trouve en face de *deux opinions* : l'une rattachant les cas de délires curables à la paranoïa, à titre de forme aiguë, l'autre en faisant un groupe clinique à part et les rapprochant ou les confondant avec la confusion mentale primitive et hallucinatoire.

En 1892, KIRCHOFF adopte une attitude intermédiaire, qui sera reprise partiellement par KRAEPELIN et en France, comme nous l'avons vu, par SÉGLAS ; il décompose la paranoïa en *Verrücktheit*, forme chronique et progressive, *Wahnsinn*, forme incohérente avec confusion primitive ou secondaire. ZIEHEN adopte et précise l'opinion de KIRCHOFF.

Mais CRAMER, dans son rapport à la Société de Berlin, en 1894, tente de détruire ces distinctions : s'appuyant sur les interférences cliniques de ces formes et l'idéogénèse vicieuse qui leur est commune, il propose d'englober la *Verrücktheit*, le *Wahnsinn* et l'*Amentia* en une conception unique, — et c'est de nouveau le chaos (1).

II. 2^e PÉRIODE. — A. L'ÉCLIPSE DES DÉLIRES CURABLES. KRAEPELIN. LES ENTITÉS CLINIQUES.

Enfin, KRAEPELIN vint, comme le dit LACAN dans sa thèse, pour la clarté des conceptions allemandes. Mais, sous l'influence de cet auteur, le début du xx^e siècle voit l'éclipse de ces différents groupes de délires aigus, curables, isolés et étudiés parallèlement en Allemagne et en France. Cette « révolution kraepelinienne » marque la seconde période dans l'histoire des délires curables. L'œuvre immense de KRAEPELIN aboutit, en effet, à la classification des maladies mentales en un vaste système, qui réduit au minimum les discussions

(1) Ajoutons pour être complet que des auteurs italiens : Buccola et Morselli décrivent en 1883 leur « *frenosi sensoria acuta* », qui correspond au *Wahnsinn* de Krafft-Ebing et au délire polymorphe de Magnan, tandis qu'Amadei et Tonnini isolent une paranoïa aiguë psychonévrotique qu'ils opposent à la Paranoïa chronique, dégénérative. Les Anglais rattachent les formes aiguës à la confusion mentale : « *primary confusionnal insanity* » ou « *acute hallucinatory confusion* ».

nosologiques, puisqu'il les résume primitivement en deux grands groupes : la *folie maniaque-dépressive* d'une part, et d'autre part les *formes chroniques* qui réunissent la *Paranoïa*, forme systématisée non démentielle et la *démence précoce* ; cette dernière comprenant la catatonie et l'hébéphrénie de KAHLBAUM, puis les démences paranoïdes, dont KRAEPELIN isolera ultérieurement les paraphrénies. Par suite de cette extrême rigueur nosologique, les délires curables se trouvent perdus dans la classification synthétique de KRAEPELIN, malgré la base essentiellement évolutive de celle-ci. « Des maladies toujours curables et des maladies incurables doivent différer dans leur essence » — et ailleurs cet auteur précise... « Aussi doit-il être possible de tirer des états terminaux, des conclusions sur l'état antérieur et de prévoir, dès le début, les possibilités d'évolution. » KRAEPELIN admet, mais réduit à l'extrême la « *Verrücktheit* » (ou confusion mentale), psychose due toujours à un processus organique infectieux ou toxi-infectieux et à son avis exceptionnelles et le « *Wahnsinn* » qui correspond à peu près à la psychose hallucinatoire aiguë, également très rare. La maniaque-dépressive et la démence précoce se partagent donc presque tous les cas aigus.

KRAEPELIN rattache la majorité des formes curables à la psychose maniaque-dépressive, quand se trouvent associés au délire des troubles de l'humeur et quand surviennent des rechutes, si fréquentes. Ainsi cette entité morbide prend-elle une extension considérable, en particulier dans la 7^e édition de son *Traité* puisqu'elle englobe parmi les formes délirantes de la mélancolie et de la manie, non seulement la paranoïa périodique de MENDEL, mais aussi la paranoïa secondaire, la paranoïa aiguë des auteurs allemands et un certain nombre des délires des dégénérés de MAGNAN (les formes récidivantes).

Les autres délires d'emblée et aussi beaucoup de confusions mentales et de psychoses hallucinatoires d'apparence aiguë qui ne présentent aucun trait caractéristique de la maniaque-dépressive sont confondus parmi les formes délirantes de la démence précoce. KRAEPELIN repousse donc du cadre de la paranoïa (*Verrücktheit*), affection toujours chronique, non

seulement la paranoïa aiguë, à laquelle il refuse toute autonomie, mais encore toutes les formes curables, abortives, intermittentes, ou seulement rémittentes. Nous verrons que KRAEPELIN est revenu par la suite sur le point théorique de l'incurabilité de la paranoïa.

BLEULER conserve les deux grandes entités kraepelinienes : psychose maniaque-dépressive et démence précoce, mais il élargit considérablement le cadre de cette dernière, englobant dans sa *schizophrenie* nombre d'autres psychoses et notamment la paranoïa isolée par KRAEPELIN. Il refuse donc toute autonomie aux psychoses curables.

Pour ces auteurs la guérison des délires qui n'entrent pas dans le cadre de la maniaque-dépressive n'est qu'apparente et proclamée telle parce que les malades n'ont pas été suivis assez longtemps ; il s'agit d'erreurs de diagnostic ; ces pseudo-guérisons ne sont en réalité que des rémissions plus ou moins durables, au cours de l'évolution inéluctable vers un état dementiel et Kraepelin affirme que l'on doit retrouver, dès le début, quelques signes pathognomoniques, permettant de prévoir, malgré l'apparente guérison, la chronicité de ces états. Cette affirmation contient une part de vérité et nous reviendrons dans la première partie de ce travail sur la possibilité de l'évolution des délires complexes oniroïdes vers une psychose paranoïde confirmée. Mais si beaucoup de ces délires relevaient en effet de la démence précoce, comme le confirmait l'observation prolongée, il en restait un certain nombre qui guérissait d'une façon complète et définitive et ainsi ne trouvait plus place dans aucune classification.

Aussi, bientôt, une réaction eut-elle lieu contre l'exclusivité de KRAEPELIN, et dans laquelle il fut bientôt lui-même entraîné. Mais avant d'étudier ce grand mouvement, d'ailleurs dispersé, qui constitue la troisième période de l'évolution des idées à propos des délires curables, et s'étend depuis la première décade du *xx^e* siècle jusqu'à nos jours, il nous faut passer en revue *les travaux de l'école française* qui aboutissent, en regard de la classification kraepelinienne, à une classification nouvelle des états psychopathiques où les formes curables sont encore trop sacrifiées. Elle s'attache

en effet à la nosographie des délires chroniques, et s'appuie sur une pathogénie constitutionnelle et sur une fine analyse clinique.

B. — LES CLASSIFICATIONS FRANÇAISES

En 1911, GILBERT-BALLET, critiquant la conception de MAGNAN à propos des délires de persécution et son dogme de la dégénérescence, crée une entité : la *Psychose hallucinatoire chronique*. « Cette conception des délires hallucinatoires chroniques systématisés, séparés d'une part du délire de persécution non hallucinatoire, d'autre part des formes délirantes de la démence précoce va être acceptée par la quasi unanimité des aliénistes français » (1), en particulier par SÉRIEUX et CAPGRAS, puis par G. de CLÉRAMBAULT (2). Ce dernier conserve « pour des raisons doctrinales très impérieuses » ce groupe de Psychoses hallucinatoires chroniques et leur confère une pathogénie purement mécanique : le délire étant un trouble secondaire à des phénomènes élémentaires sensoriels. « La source de ces psychoses n'est pas dans l'idéation, ni même dans l'affectivité. Elles reconnaissent une origine biologique ».

SÉRIEUX, dès 1890, puis SÉRIEUX et CAPGRAS, dans une série d'articles publiés à partir de 1902 et que couronne en 1909 leur magistral ouvrage : les *Folies raisonnantes*, décrivent, en regard des délires hallucinatoires, leur délire d'interprétation, caractérisé par la base constitutionnelle, la prédominance du symptôme, l'interprétation délirante et l'évolution chronique « indéfinie ».

En 1911, DUPRÉ et LOGRE décrivent le délire d'imagination, épanouissement de la constitution mythomaniacque et « dont le point de départ est un processus purement intuitif ».

En résumé, sous le titre de *Délires systématisés chroniques* (3), SÉRIEUX et CAPGRAS décrivent :

(1) Cf. Ch. H. NODÉ. — *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques* (Thèse Paris, 1937, Doin).

(2) G. DE CLÉRAMBAULT. — *La psychose hallucinatoire chronique* (Bull. Soc. Cl. de Méd. ment., 1932, p. 307 ; — *Psychose à base d'autisme et syndrome d'autisme* (Ann. Médico-Psychol., 1927, I, p. 1931).

(3) SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Les Délires systématisés chroniques*, in *Traité de de Sergent* (Psychiatrie, I, p. 246 et seq., 2^e éd., Maloine, 1926) et résumé dans la Thèse de Nodet (*loc. cit.*, p. 14).

1^o Les délires systématisés chroniques non hallucinatoires (constitutionnels) :

- a) Délire d'interprétation,
- b) — d'imagination,
- c) — de revendication.

2^o Le délire systématisé chronique hallucinatoire (accidentel).

Ces auteurs citent dans ce groupe des formes « probablement de transition » entre les délires systématisés et la démence précoce.

A l'opposé des délires systématisés, se placent les délires non systématisés à évolution démentielle rangés par les auteurs français dans les *formes délirantes de la démence précoce* (DENY, ROGUES DE FURSAC).

Plus récemment, DIDE et GUIRAUD (1) résument les délires chroniques en deux grands groupes : 1^o Les Délires progressifs (délire d'interprétation, délire d'imagination et psychose hallucinatoire chronique avec leurs multiples formes de transition, et 2^o l'Hébéphrénie délirante, « où il y a d'emblée atteinte du psychisme tout entier ».

Enfin le Professeur CLAUDE et ses élèves (2), adoptant en grande partie les idées de KRAEPELIN et de BLEULER, réalisent une classification, structurale et plus exhaustive, des délires chroniques, également en deux grands groupes qui s'opposent point pour point :

1^o Les *psychoses paranoïaques*, qui englobent selon le mécanisme pathogénique : les délires passionnels, le délire d'influence et le syndrome d'action extérieure, le délire d'interprétation de SÉRIEUX et CAPGRAS, la psychose hallucinatoire chronique et l'exceptionnel délire chronique de MAGNAN.

2^o Les *psychoses paranoïdes*, comprenant : la Démence paranoïde (hébéphrénie délirante) et la psychose paranoïde schizophrénique (*schizoses*).

Cependant à côté des délires chroniques, les auteurs français décrivent encore des psychoses dont l'évolution n'est

(1) DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du médecin praticien* (2^e éd., 1929, Masson).

(2) Cf. en particulier H. CLAUDE. — *Les Psychoses paranoïdes* (Encéphale, 1925, t. I, p. 137) et thèse de NODET (*loc. cit.*).

pas aussi inéluctablement progressive. SÉRIEUX et CAPGRAS isolent, nous l'avons vu, parmi les délires constitutionnels leur *délire de revendication* (délire des persécutés-persécuteurs des anciens auteurs), « caractérisé par deux syndromes : l'idée obsédante et l'exaltation hypomaniaque » et admettent (après WERNICKE, ZIEHEN) la possibilité sinon d'une guérison, du moins d'une amélioration, « la combativité exagérée de ces sujets peut finir par s'atténuer et même s'éteindre ». Cette entité n'est d'ailleurs plus considérée maintenant par CAPGRAS lui-même (dans la récente thèse qu'il inspira à ANGLADE) que comme « un syndrome de durée variable au cours des diverses psychoses, les unes réactionnelles, les autres évolutives » (1).

G. de CLÉRAMBAULT décrit un groupe, par lui distinct de la paranoïa, celui des *délires passionnels* (2). Il y inclut, outre le *délire de revendication*, l'*érotomanie* et le *délire de jalousie* et insiste sur la réaction passionnelle déterminante du conflit idéo-affectif ou « postulat » (dont les composantes sont, dans l'érotomanie prise pour type de description : l'orgueil, le désir, l'espoir). Pour cet auteur les conditions de durée de l'état passionnel sont variables et dépendent de 5 facteurs ; des formes courtes sont signalées (quérulances courtes, colères délirantes prolongées).

C'est encore en partant du mécanisme réactionnel, comme le remarque LACAN dans sa *Thèse*, que DIDE et son école décrivent l'*Idéalisme passionné*. Ils s'attachent d'ailleurs à opposer l'interprétation passionnée à l'interprétation délirante « verbale ou symbolique », tant dans leur base affective que dans leur genèse intellectuelle. L'évolution de leur psychose revendicatrice (passionnés égoïstes) « est fonction de la gravité de la maladie ». DIDE et GUIRAUD admettent « des formes relativement légères écloses souvent à l'occasion d'un préjudice réel... et qui guérissent assez complètement pour permettre la sortie de l'asile » (3).

(1) L. ANGLADE. — *Les Revendicateurs* (Thèse, Paris, 1937).

(2) G. DE CLÉRAMBAULT. — Cf. Communications à la Société Clinique de Médecine mentale, de 1920 à 1923.

(3) DIDE. — *Les Idéalistes passionnés* (Alcan, 1913) ; — DIDE et GUIRAUD (*loc. cit.*, p. 144).

Telles sont les diverses classifications françaises des psychoses. On voit donc qu'à côté des délires chroniques, il ne reste plus qu'un « résidu » de formes curables, reliquat du grand groupe démembré des délires des dégénérés, qui comprennent, mis à part les épisodes délirants chez les passionnels :

1^o Certains accès délirants de la psychose intermittente.

2^o Les délires toxiques et toxi-infectieux, et, peut-être :

3^o Quelques délires épisodiques (bouffées délirantes chez des débiles).

De sorte qu'il n'est pas exceptionnel de se trouver, en pratique psychiatrique, en présence d'une *guérison imprévue et durable* de délires déclarés « chroniques » et étiquetés, selon les écoles : Délire d'interprétation, Psychose hallucinatoire chronique, Délire chronique, Démence précoce, Psychose ou Démence paranoïde.

Ces formes curables ne trouvent plus place, en effet, dans les cadres nosographiques, tant en France qu'en Allemagne.

III. 3^e PÉRIODE. — PHASE MODERNE DE LA QUESTION RÉACTION EN FAVEUR DES DÉLIRES CURABLES

Cependant une réaction se produit dans ces deux pays. Elle constitue la phase moderne de la question, troisième période de l'historique des délires curables.

I. En *Allemagne* un mouvement naît contre la classification trop étroite et trop rigoureuse de KRAEPELIN.

a) *Réaction en faveur des bouffées délirantes aiguës polymorphes et fugaces.*

Un mouvement naît d'abord en faveur des *psychoses des dégénérés*. Les travaux de Magnan sont, en effet, à peu près ignorés en Allemagne, malgré la traduction de MOEBIUS, jusqu'au début du xx^e siècle. L'attention de certains auteurs est attirée vers la conception de la dégénérescence à propos des *psychoses pénitenciaires* qu'étudie en particulier SIEFERT — après KRAEPELIN — en 1907 (Ueber die Geistesstörungen der Strafhaft) et que reprendront ultérieurement HALBERSTADT et ARSIMOLES (1). Cette réaction favorable à la dégé-

(1) HALBERSTADT et ARSIMOLES. — (*Archives de Neurologie*, juin 1914).

nérescence semble ignorée en France. Il n'en est pas question dans la thèse, pourtant si documentée, de GÉNIL-PERRIN (1913), qui dénie à l'œuvre de MAGNAN toute valeur nosologique actuelle et demande avec GILBERT-BALLET de la faire entrer dans le domaine de l'histoire.

Pourtant de nombreux auteurs allemands trouvent dans le groupe de la Dégénérescence un cadre favorable pour les cas restés non classés, qui n'entrent pas, malgré leur curabilité, dans le groupe de la psychose maniaque-dépressive, et sont rejetés à cause de cette curabilité même de celui de la Démence précoce.

Signalons les travaux de KUTNER (1), de LÜTHER (2), de BORNSTEIN (3). Mais les adeptes les plus enthousiastes des théories de MAGNAN furent BIRNBAUM, BONHOEFFER et SCHROEDER. En 1908, BIRNBAUM (4) décrit sous le nom de *psychose des dégénérés* — qu'il rapproche des hystériques — des délires polymorphes, surtout imaginatifs, sans interprétations ni troubles sensoriels, simple juxtaposition d'idées délirantes, entraînant une conviction peu profonde, facilement influençable par la persuasion. Le début de ces délires est brutal, souvent par une courte phase d'excitation avec appoint confusionnel ; l'évolution est irrégulière : la guérison est habituelle, parfois rapide, parfois après des années. BONHOEFFER (5), en 1907, dans un important travail d'ensemble, reconnaît la valeur de la classification de KRAEPELIN et rend hommage à son souci de clarté, mais il critique cet « simplification extrême du diagnostic non légitimée par la réalité » et croit qu'il est nécessaire de revenir à MAGNAN, en isolant sous le nom de *délire dégénératif aigu*, ces accès de courte durée, véritables bouffées délirantes, qui ne relèvent ni d'une psychose maniaque-dépressive, ni de l'hystérie,

(1) KUTNER. — *Ueber Katat. Zustandsbilder bei Degeneratierten* (All. Zeits. f. Psychiatrie, 1909, p. 363).

(2) LÜTHER. — *Klin. Beiträge z. Frage d. degenerat. Irreseins* (Allg. Zeitschrift. f. Psychiatrie, 1909, p. 949).

(3) BORNSTEIN. — *Ueber psychose Zustände bei Degenerativen* (Z. f. d. g. Neurol., 1911, p. 127).

(4) BIRNBAUM. — *Psychosen mit Wahnbildung*, Halle, 1908.

(5) BONHOEFFER. — *Klin. Beiträge z. Lehre von den Degenerationspsychosen* (1907).

pas plus que de l'épilepsie et qui sont, malgré leur évolution curable, paradoxalement étiquetés : démence précoce. Cet auteur subdivise le délire dégénératif aigu en trois groupes plus ou moins éloignés du délire décrit par MAGNAN : l'accès délirant du débile instable, parfois hallucinatoire, sans confusion, et surtout sans lien avec la personnalité antérieure : le délire de type paranoïaque : une idée prévalente est le point de départ de ce délire plus ou moins systématisé, finalement curable, et le délire imaginatif fugace du déséquilibré mythomane, riche d'interprétations rétrospectives et de réactions kystériformes, ce dernier sera repris par KRETSCHMER.

Plus récemment, en 1920, puis en 1926, SCHROEDER remet en honneur les théories de MAGNAN, mais il donne à la diathèse dégénérative une extension si exagérée, qu'elle sera plus difficilement suivie ; traducteur infidèle de MAGNAN, il englobe toutes les psychoses intermittentes dans les délires des dégénérés.

BINSWANGER publie également un important rapport sur les psychoses dégénératives.

Enfin plusieurs auteurs, KLEIST, MAYER-GROSS, KOLDEWEY sont revenus également à une conception de certaines *psychoses atypiques épisodiques à forme crépusculaire*, qui reste très voisine de la conception des bouffées délirantes. MAYER-GROSS (1) en 1923, décrit les *états onéiroïdes* (de *oneiroïdis* analogue au rêve). Partant d'un certain nombre d'observations anciennes très détaillées (en particulier cas d'Engelten (1849), cas d'Antonie Wolff, de Kiel, de Forel, etc.), il décrit des états très spéciaux de confusion dans les idées qu'il appelle « Oneiroïde Erlebnisform », états différents des états d'extase, crépusculaire, ou de confusion proprement dite (Amentia), plus voisins des états ecnoïques (ecknoischen) de Ziehen (1903), décrits au début des psychoses aiguës. Le souci de MAYER-GROSS est l'étude de tableaux

(1) MAYER-GROSS. — *Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform*, Berlin, Springer (1924).

Titre que nous traduisons littéralement, par : « Auto-descriptions de l'état de confusion dans les idées. — Les formes d'expériences vécues (ou expériences internes) onéiroïdes » (« Verwirrtheit » ne correspond pas ici à notre confusion mentale, celle-ci étant plus exactement la traduction allemande de l'« Amentia »).

phénoménologiques sans préoccupation nosographique ou autre. Il insiste sur le caractère inachevé, la tendance aux enchaînements scéniques de ces phénomènes, sur leur dramatisation et la richesse de la création imaginative, tous caractères qui les apparente aux rêves et en font des états éminemment fugaces mais récidivants. L'auteur insiste encore sur la différence entre la conscience modifiée (*Verändertes Bewusstsein*) et la conscience désagrégée (*Zerfallendes Bewusstseins*), la première correspond aux états oniroïdes (l'intensité et l'orientation des états de conscience étant seulement modifiées sans que ces fonctions soient troublées), la seconde (où l'on trouve une modification fonctionnelle à la fois qualitative, et quantitative) correspond à la confusion mentale proprement dite.

2^o Ces états oniroïdes sont par contre plus difficiles à séparer de l'autisme (pensée affective, déréelle) de la schizophrénie, dont la base même est la modification de la conscience. Mais ce trouble de la conscience des choses n'est pas le fond de la schizophrénie, il s'agit, lorsqu'il existe, de bouffées schizophréniques oniroïdes surajoutées, dont MAJER-GROSS décrit 5 variétés. C'est aussi l'avis de GRUHLE (1). « De tels troubles de la clarté de la conscience, me paraissent beaucoup plus rares dans la schizophrénie ; ils correspondent au type oniroïde de MAYER-GROSS, qui sont des états de délire ». Nous aurons l'occasion de revenir plus longuement sur ces états oniroïdes dans la première partie de ce travail.

En 1928, KLEIST (2) décrit des syndromes atypiques, « psychoses à côté — ou si l'on préfère — marginales » de la maniaque-dépressive, de la paranoïa et de l'épilepsie : psychoses cycloïdes, satellites des psychoses circulaires, formes paranoïdes « marginales autour de la paranoïa » et les états crépusculaires épileptoïdes, paroxystiques, apparentés à l'épilepsie. Il les réunit sous le nom de *psychoses dégénératives atypiques* et rapproche sa conception de celle des auteurs français. Toutes ces « psychoses inhabituelles »

(1) GRUHLE. — *Das Bewusstsein (die Psychopathologie) in traité de Brumke* (1932).

(2) KLEIST. — *Ueber zyklische, paranoide und epileptische Psychosen der Degenerationspsychosen* (Archives Suisses de Neur. et Psychiatrie, 1928, t. XXIII, p. 3).

sont généralement de courte durée, curables mais souvent récidivantes.

Leur pronostic est donc tout autre que celui de la schizophrénie, dont KLEIST lui aussi différencie nettement ces états, malgré certaines analogies ; mais on n'y retrouve jamais la déchéance avec invalidité psychomotrice, la dislocation permanente de type paralogique ou paraphasique.

Il faut signaler encore une autre réaction qui s'est faite également en Allemagne, vingt ans plus tôt, en 1909, avec THOMSEN, en faveur de la *paranoïa aiguë* (1). Cet auteur repousse le dogme de la dégénérescence de MAGNAN, mais reconnaît la nécessité d'isoler les cas aigus, curables. Dans son rapport, il fait une critique historique de la question. Il n'admet pas les anciennes classifications symptomatiques et non évolutives, qui faisaient poser le diagnostic de paranoïa aiguë à tort et à travers, alors qu'il s'agissait souvent de simples épisodes aigus au cours d'affections chroniques. Il montre ensuite l'influence heureuse de KRAEPELIN, grâce à sa classification essentiellement évolutive. Cependant, après KOPPEN (1899), il admet de nouveau l'existence de la paranoïa aiguë, mais dans un sens plus restrictif que les auteurs de la période précédente et il conclut à l'autonomie de cette psychose, au rang d'entité morbide, à côté de la paranoïa chronique, dont elle ne diffère guère que par sa terminaison vers une guérison rapide. THOMSON en fait donc deux affections de même nature. La couleur du délire systématisé est la même dans les cas chroniques et dans les cas aigus, ces derniers pouvant seulement s'accompagner d'hallucinations, d'un appoint confusionnel, d'agitation ou de dépression.

Cette théorie est vivement critiquée par KLEIST (1911) (2), qui range la plupart des paranoïas aiguës de THOMSEN — quand prédomine le trouble affectif par rapport au délire — dans la psychose maniaque-dépressive, bien qu'il n'admette pas l'extension conférée par KRAEPELIN à cette entité.

Elle est également, comme nous le verrons plus loin, com-

(1) THOMSEN. — *Die akute Paranoia* (Arch. f. Psychiatrie, vol. 45, n° 3), 1909.

(2) KLEIST. — *Die Streitfrage der akuten Paranoia* (Z. f. d. Neurologie, 1911, vol. 5, p. 306).

mentée par TRÉNEL, qui fait connaître en France le rapport de THOMSEN.

En 1917, KRUEGER émet une opinion éclectique. Il repousse, d'accord avec KRAEPELIN, le terme de paranoïa aiguë, mais admet des formes aiguës ou subaiguës, distinctes de la paranoïa, plus ou moins systématisées et parfois confusionnelles qui guérissent. Cependant cette guérison est, pour cet auteur, variable : tantôt l'accès reste unique, il s'agit de *Psychose délirante dégénérative* ; tantôt il récidive : il doit être alors classé dans la psychose maniaque-dépressive ; dans d'autres cas ces formes ne sont pas autonomes mais symptomatiques de nombreuses maladies mentales, qui continueront d'évoluer pour leur propre compte (Démence précoce, paralysie générale, démence sénile, ou psychose toxique).

KRAEPELIN admet, toujours dans la 8^e édition de son Traité, en dehors de la paranoïa et en dehors de la psychose maniaque-dépressive, certains cas curables relevant de la dégénérescence : *délires dégénératifs psychogènes*, bien que l'influence des causes psychiques diminue d'autant le facteur dégénératif. Il y range certaines psychoses pénitenciaires, où le facteur émotionnel joue seulement le rôle d'une cause occasionnelle, où la cause psychogène est beaucoup moins nette que dans les autres folies pénitenciaires, enfin « le polymorphisme ainsi que l'instabilité et la variabilité du tableau clinique de ces états est tout à fait remarquable. » Ceux-ci sont également suffisamment purs de tout appoint confusionnel, d'une étiologie toxique ou infectieuse, et de toute variation cyclothymique pour être séparés de la maniaque-dépressive, de la « Verwirrtheit » et du « Wahnsinn ». KRAEPELIN admet également le rôle de la dégénérescence [« lorsqu'il s'agit d'idées délirantes assez bien systématisées ». Certaines de ces formes, non pas la majorité cependant, sont curables. Il fait donc lui aussi une concession importante à l'école de MAGNAN.

Notons que JASPERS dans sa psychopathologie générale, exposant la classification de KRAEPELIN, range, réservées, à côté de la folie maniaque-dépressive et de la démence précoce, toutes les autres anomalies peu graves sous le nom

d'« aliénation dégénérative ». Il ne manque pas d'ailleurs d'opposer de sérieuses objections aux méthodes kraepelinienes.

b) *Réaction en faveur des formes curables de la Paranoïa.*
— Mais la réaction la plus importante et la plus intéressante contre le dogme de l'incurabilité de la paranoïa se fait à la faveur de la *conception psychogénétique*, dont BLEULER fut le hardi précurseur, en s'attachant à la détermination des mécanismes réactionnels (réactions du sujet à des situations vitales), dans lesquels il trouve l'explication « à ses yeux exhaustive » de la genèse du délire, la prédisposition caractérologique étant reléguée au second plan. Cependant BLEULER, restant en cela d'accord avec la conception première de KRAEPELIN, considère la paranoïa comme une affection chronique. Mais bientôt, plusieurs auteurs, continuant leurs travaux dans la voie tracée par BLEULER, admettent et décrivent des paranoïas curables.

Dès 1905, FRIEDMANN (1) désigne sous le nom de *paranoïa atténuée*, bénigne, des délires qui apparaissent nettement comme une réaction à un événement vécu déterminé, chez des sujets « sensibles, tenaces, exaltés », restent peu étendus et guérissent habituellement en deux ou trois ans. Il en fait un sous-groupe de la paranoïa de Kraepelin. Cette conception sera critiquée par CAPGRAS, puis par HALBERSTADT, pour qui « le délire d'interprétation, même atténué, ne peut jamais guérir. »

En 1909, GAUPP (2) donne le nom de *paranoïa abortive* à des délires de persécution qui pourront guérir. LACAN, dans sa Thèse (3), donne un long extrait de la magistrale description de GAUPP. Ce délire « paranoïaque », c'est-à-dire, persécutif, essentiellement interprétatif, logique et systématisé, se développe sur un terrain typiquement psychasthénique, à la faveur « d'un événement vécu à forte charge

(1) FRIEDMANN. — *Beiträge zur Lehre von der Paranoia* (Monatsch. f. Psych., 1905, nos 5 et 6, Bd. 17).

(2) GAUPP. — *Rapport princeps sur la paranoïa abortive* (Congrès des médecins aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne, Heilbronn, nov. 1909) ; — *Ueber paranoische Veranlagung und abortive Paranoia* (Allg. Zeitch. f. Psych., 1910, p. 137).

(3) Cf. LACAN. — *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Thèse, Paris, 1932, (p. 70 et seq.)

affective » qui exagère un sentiment d'inquiétude et de méfiance ; il s'accompagne parfois d'une certaine conscience de la maladie, reste limité, « ne s'étend pas à tout l'entourage », et suit une marche oscillante avec des alternatives de doute, de régression et de nouvelles offensives délirantes ; en tout cas, le délire n'entraîne pas de réactions violentes et ces malades « qui ont une conduite tout à fait naturelle », peuvent souvent être laissés en liberté. Enfin beaucoup de cas seront curables d'une façon définitive ou intermittente par psychothérapie.

Enfin KRAEPELIN lui-même se rallie explicitement à ces idées nouvelles et dans la 8^e édition de son *Traité* (1919) admet des cas curables dans le cadre par lui décrit. C'est la conclusion de l'évolution de la conception kraepelinienne, qui, depuis son début, n'a cessé de progresser dans le sens psychogénique. Il accueille la paranoïa bénigne de FRIEDMANN et la paranoïa abortive de GAUPP dans sa *Verrückt-heit*, comme ayant même étiologie et même structure. « En principe, — écrit-il, — on ne peut guère discuter la possibilité que l'évolution de cette affection, dans un cas donné, n'aille pas au delà de la période prémonitoire, où le tableau délirant oscille encore ». Et plus loin : « On ne peut opposer aucune objection fondamentale à la production d'une paranoïa bénigne, psychogène avec issue vers la guérison... Dans ce cas persiste seulement une tendance durable, une paranoïa latente qui ne conduit au délire que dans certaines occasions particulières « d'où la possibilité d'accalmie quand l'occasion est liquidée ou ses effets compensés ». Il n'y a pas comme dans la paranoïa exprimée, ce « bouleversement, inexorable dans son progrès, de l'ensemble des vues sur les choses selon une certaine orientation délirante ». Mais KRAEPELIN repousse toujours la notion de paranoïa aiguë de Thomsen, qui englobe des cas trop disparates et à son avis purement symptomatiques. A la paranoïa correspondent seulement des délires systématisés.

Enfin, dans cette même édition de 1919, l'auteur isole encore de la paranoïa, le délire des querulants (*Querulantenwahn*), qu'il range dans le groupe des psychoses psychogènes, ce délire présentant deux caractères particuliers :

l'origine exogène de la cause déterminante (idée vraie ou fausse d'un préjudice subi) et l'état d'exaltation passionnelle ; caractères qui impliquent la possibilité d'une guérison relative. HEILBRONNER avait déjà fait la distinction entre la folie quérulante et la paranoïa de Kraepelin, et montré, dans le Querulantenwahn, la valeur organisatrice de l'idée fixe, la constance du système délirant et sa curabilité.

Ajoutons que KRAEPELIN admet la curabilité possible de ses « psychoses carcérales » (type des psychoses d'échec) « où des idées de persécution se développent et *disparaissent* sous un déterminisme des circonstances extérieures dont la valeur est celle d'une épreuve expérimentale. »

D'autre part, LANGE, en 1924, dans une importante revue générale des cas cliniques présentés depuis KRAEPELIN sous le titre de paranoïa, enrichie encore du matériel clinique de l'asile de Munich, admet la légitimité de l'assimilation des cas dits curables au groupe kraepelinien, formant ainsi une grande unité nosologique, et, bien plus, conclut à l'extrême rareté de la paranoïa chronique type Kraepelin.

Enfin les travaux de KRETSCHMER marquent l'apogée des conceptions psychogénétiques et, partant, de la classification des psychoses réactionnelles. Parmi celles-ci il isole (en 1918), dans le cadre des psychoses paranoïaques, le *Sensitive Beziehungswahn* (délire de relation des sensitifs) (1). Ce délire est caractérisé par ses causes, sa forme et « son *évolution relativement favorable* ».

1^o Les causes déterminantes sont au nombre de trois :

— Le caractère sensitif « disposition acquise au cours de l'évolution et où jouent le plus grand rôle certains traumas affectifs déterminants ».

— L'événement vécu (Erlebnis).

— Le milieu social.

2^o La séméiologie réalise « un délire de relation concentrique, fondé sur une base affective qui présente tous les degrés, de l'insécurité humiliante à l'auto-accusation », et

(1) KRETSCHMER. — *Der sensitive Beziehungswahn* (2^e éd., 1927. Springer, Berlin) ; — et LACAN, *loc. cit.*, p. 77 et seq.

centré autour de l'expérience pathogène décisive. Le thème « de préjudice et d'inquisition par la famille et les camarades, par le public et les journaux, toutes les angoisses de persécution provoquées par la police et la justice, viennent de ce événement initial et y retournent. »

KRETSCHMER insiste encore sur les deux autres caractères suivants : « Tous les traits de la personnalité se retrouvent exagérés dans le délire et expliquent les contenus eux-mêmes du délire » et le tableau morbide est fréquemment coloré de symptômes d'épuisement.

3^o L'évolution dépend de la gravité du délire, mais KRETSCHMER insiste « sur sa *tendance à la guérison* dans les cas purs et légers », en particulier dans « les bouffées délirantes fugaces apparentées au type névrotique obsessionnel » et dans la « névrose de situation » par exemple : le délire des masturbateurs. Dans les cas moyens : « délires de relation systématiques typiques » la guérison n'est pas toujours complète, mais une rétrocession importante du délire est la règle. Les formes graves, compliquées de « confusion aiguë sensitive », de « Wahnsinn aigu » avec ébauche de dissociation psychique, peuvent également guérir. Le pronostic de tels délires paranoïaques reste donc optimiste.

En résumé, cette période moderne, dite de réaction en faveur des délires curables, est marquée par deux tendances : la première, avec BIRNBAUM, BONHOEFFER, SCHROEDER, MAYER-GROSS, KLEIST et KALDEWEY remet en honneur les bouffées délirantes aiguës, polymorphes et fugaces. La seconde, essentiellement psychogénétique, grâce aux travaux de GAUPP, FRIEDMANN et KRETSCHMER, isole du cadre de la paranoïa (délire systématisé chronique), des délires réactionnels prolongés, mais d'évolution favorable. Cette double tendance résume assez exactement le plan de notre travail.

II. — *En France* cette période de réaction est également évidente. L'existence de délires curables perdus dans les grands cadres nosographiques, malgré leurs modalités cliniques et évolutives particulières, est, si nous osons dire, « sentie » par beaucoup d'aliénistes et exprimée dans un grand nombre de documents. Mais ceux-ci restent « épar-

pillés », aucun travail d'ensemble, ne les a, à notre connaissance, réunis.

a) *L'onirisme et les états oniriques dégradés*. — Nous n'insistons pas sur les formes si nettement aiguës qu'elles n'ont jamais risqué d'être confondues avec les délires progressifs ; nous voulons parler des *psychoses toxiques* ou *toxi-infectieuses* réalisant le tableau de la confusion mentale délirante ou onirique, si bien décrit par RÉGIS. Il faut signaler que cet auteur, entraîné par sa « réaction » en faveur de la confusion mentale, lui confère une extension exagérée puisqu'il fait « après mûre réflexion », de la Démence précoce, une forme évolutive de la confusion. DELMAS, dans son rapport au Congrès de Strasbourg (1920), fait une étude détaillée des idées fixes et des psychoses post-oniriques, déjà signalées par de nombreux auteurs, en particulier par RÉGIS, psychoses qui perdent déjà leur caractère d'acuité. Parmi ces psychoses, il décrit des cas favorables :

1^o des états transitoires : *délire d'évocation* constitué par « la persistance, pendant un certain temps d'une conviction délirante portant sur un ou plusieurs éléments du délire onirique » ;

2^o Les formes à rechutes : *délires reviviscents*, la guérison entre les accès étant seulement relative, puisque le délire passé n'est jamais rectifié (1).

3^o La psychose hallucinatoire post-onirique, forme grave qui « brûle les étapes » et reste un délire actuel, en activité, « variété de la psychose hallucinatoire chronique de GILBERT-BALLET » mais qui présente une particularité évolutive : la possibilité de guérison même après une longue évolution »

(1) Cette guérison relative d'un délire dont l'activité s'éteint, qui se fixe et paraît presque oublié par le malade, tout en n'étant jamais rectifié, est fréquemment rencontrée dans la pratique psychiatrique, aussi bien dans des psychoses d'apparence aiguë que dans des délires anciens et insidieux. Elle équivaut souvent à une guérison pratique, permettant la sortie du malade. En 1910, LEGRAIN a bien décrit sous le nom de *Folies à éclipse*, cette particularité évolutive commune à des manifestations psychopathiques très variées : la persistance de la conviction du délire passé, « enfoui dans le subconscient où il vit dans son intégralité », le pronostic étant cependant assombri par la possibilité de réveil de l'activité délirante. Les causes favorisantes de l'éclipse sont : soit l'intensité dramatique du délire hallucinatoire, soit la confusion mentale concomitante ou la débilité mentale du sujet.

(cas de guérison après 9 ans, publié par VALLON et BESSIÈRE dans l'*Encéphale*, en 1912). DELMAS insiste sur le début aigu de ces psychoses, onirique mais aussi confusionnel, et fait de la confusion mentale initiale un élément important de diagnostic. « Sans confusion, pas d'onirisme ».

Cependant, en marge de la confusion mentale, le *délire onirique* ou *délire de rêve pur*, est décrit et paraît très proche de l'ancienne psychose hallucinatoire aiguë. RÉGIS admet (dès l'édition de 1901 de son *Précis*) cette variété de psychose toxique : « Les deux éléments : confusion mentale et délire sont associés le plus souvent, en proportion diverse, mais peuvent se présenter isolément, réalisant deux variétés distinctes de la même maladie. » CHASLIN, SÉGLAS, KLIPPEL TRÉNAUNAY et LOPEZ admettent également que « le délire peut exister seul sans confusion », KLIPPEL et TRÉNAUNAY ont en outre bien étudié le passage de l'onirisme et du rêve au délire systématisé dans leur « délire de rêve à rêve (1). DIDE publie en 1918, trois cas de délire onirique non confusionnel, dont la guérison fut rapide (2). L'année suivante, René CHARPENTIER (3) publie également une belle observation de *délire onirique mnésique non confusionnel, d'origine toxi-infectieuse*, dont l'évolution fut prolongée mais favorable. L'auteur conclut que le délire onirique peut rester sans confusion et n'est qu'une variété de l'onirisme hallucinatoire, qui comprend de multiples formes depuis des troubles sensoriels rares, peu différenciés et isolés entre eux, jusqu'à de véritables délires systématisés.

La question des délires oniriques atypiques, habituellement aigus, fugaces, fut reprise récemment par le Professeur CLAUDE et son école, qui étudièrent à la suite de MAYER-GROSS sous le nom d'*états oniroïdes* plus ou moins dégradés, — des états de « *fiction vécue* à partir des contenus de conscience ayant pour objet l'ambiance, le réel, le présent, le monde environnant », avec infiltration des constructions du

(1) KLIPPEL et TRÉNAUNAY. — *Délire systématisé de rêve à rêve* (Rev. de Psychiatrie, 1901) ; — TRÉNAUNAY. — *Le rêve prolongé* (Th. Paris, 1901).

(2) R. CHARPENTIER. — *L'onirisme hallucinatoire (ses rapports avec la confusion mentale)*, (Revue Neurologique, 1919, p. 755).

(3) DIDE. — (in Revue Neurologique, 1918, p. 533).

rêve dans la pensée vigile ; illusions, hallucinations, interprétations, intuitions, fausses reconnaissances s'y intriqueront plus ou moins. Les auteurs décrivent des états oniroïdes anxieux, expansifs, d'action extérieure, en insistant sur le trouble global et y englobent les manifestations décrites sous des noms divers : mentisme, délires d'interprétation aigus et délires d'imagination aigus, bouffées hallucinatoires, onirisme dégradé, délire de signification (1).

DIDE et GUIRAUD ont isolé dans leur *Traité*, sous le nom de *délires complexes symptomatiques* (2), des états délirants voisins mais cependant distincts de l'onirisme, polymorphes et fantastiques, assez mal systématisés et dont « une cause acquise est presque toujours décelable ». Ces délires « réalisant toutes les transitions entre l'onirisme et les délires progressifs », peuvent, dans les cas favorables, évoluer vers une guérison complète. Nous aurons l'occasion de reprendre longuement la description si objective de DIDE et GUIRAUD dans la première partie de ce travail.

b) *Les délires polymorphes.* — Il nous faut revenir en arrière et signaler la communication de TRÉNEL, à la Société Médico-Psychologique en 1910 (1), en faveur de la dénomination de MAGNAN (sans préjuger d'ailleurs de la question de doctrine dégénérative). TRÉNEL, rapportant le *Mémoire* de THOMSEN sur la paranoïa aiguë, critique cette terminologie, signalant les différences profondes qui séparent les délires aigus polymorphes, hallucinatoires des délires systématisés chroniques. Son intéressante observation de délire polymorphe, guéri après 18 mois, sera reprise ultérieurement, à l'occasion d'une rechute également curable de cette malade, par CAPGRAS, en 1914, qui conclut à une Psychose intermittente, après avoir signalé les difficultés du diagnostic avec la démence précoce.

(1) H. CLAUDE et H. EY. — *Les troubles psycho-sensoriels dans l'encéphalite épidémique* (Presse Médicale, juill. 1933).; — CLAUDE, EY et MIGAULT. — *Etats dysesthésiques de structure comitiale* (Annales Médico-Psychologiques, 1934, t. I, p. 257) ; — H. EY et J. ROUART. — *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie* (Encéphale, t. I, n° 5 ; t. II, n° 1 et 2, 1936).

(2) DIDE et GUIRAUD. — *Loc. cit.*, p. 291.

(3) TRÉNEL. — *Note sur la question de la Paranoïa aiguë* (Annales Médico-Psychologiques, juillet, 1910).

De nouveaux cas de psychose hallucinatoire aiguë sont publiés, notamment par GILBERT-BALLET et MALLET en 1913, par BEAUDOUIN (en 1920) (Délire d'influence psychique terminé par la guérison), par VERMEYLEN (1926) (psychose délirante aiguë à forme hallucinatoire).

Cependant, en 1922, HALBERSTADT, inspiré par les récents travaux allemands sur les « *Degenerations-Psychosen* », remet en honneur la conception de MAGNAN et décrit sous le nom de *Psychose délirante dégénérative aiguë*, une « maladie mentale autonome » qui présente « une unité étiologique et évolutive » et réunit « un groupe de malades ballottés au gré des classifications, qui n'ont pas encore trouvé de place fixe indiscutable et cependant ont droit à un chapitre à part en nosographie ». Ce délire survient chez des prédisposés, mais est d'origine psychogène. HALBERSTADT en fait une description clinique en tous points semblable à celle de MAGNAN, et le différencie de la confusion mentale, de la démence précoce et aussi de la psychose maniaque-dépressive. Ce nouvel essai de synthèse dégénérative fut, à notre connaissance, assez peu suivi en France.

En 1926, TARGOWLA, tout en démembrant « la notion anthropologique de la dégénérescence et ce vaste compendium qui comprend des faits disparates », retient certaines caractéristiques cliniques des délires d'emblée de MAGNAN. Il décrit sous le nom de *délires polymorphes* (1), *certains états non démentiels, d'évolution curable, confondus à tort dans le groupe des psychoses paranoïdes*. A la suite d'une intéressante observation, il fait une analyse minutieuse de ces délires complexes et résume les trois particularités cliniques, qui permettent de « poser dès le début le diagnostic et, par conséquent, de porter un pronostic favorable, sans attendre les données de l'évolution ». Cette triade constitue un syndrome somato-psychique : 1^o Délire d'emblée, polymorphe et intimement lié au fond mental ; 2^o Intrication ou succession sans ordre de symptômes maniaque-mélancoliques (état mixte) et confuso-oniriques, qui constituent le fond du délire ; 3^o Etat physique précaire relevant vraisemblablement d'une

(1) TARGOWLA. — *Les délires polymorphes* (Encéphale, 1926, t. I, p. 18).

auto-intoxication générale ». Signalons encore quelques communications à propos des délires curables simulant la démence précoce : Psychoses post-émotionnelles : cas de GUIRAUD et EUZIÈRE, MARIE et TRUELLE et de Paul ABÉLY (1929), dont l'éclosion brutale succède à un court épisode confuso-onirique et qui guérissent après quelques mois. En 1928, Carlos Rossi publie également des « cas d'aliénation curables simulant la démence précoce » ; il insiste sur deux éléments de diagnostic : la rapidité d'installation du syndrome et la conservation de l'affectivité.

c) *Les états interprétatifs aigus curables*. — En France s'est posée encore, après l'isolement de cette entité clinique, la question des formes aiguës et curables du délire d'interprétation. SÉRIEUX et CAPGRAS (1), maintenant le cinquième caractère fondamental de leur délire paranoïaque : l'incurabilité, concluent par la négative et repoussent la notion de paranoïa aiguë purement interprétative et systématisée, décrite par des auteurs allemands et par SÉGLAS. Les délires d'emblée et transitoires reposant exclusivement sur des interprétations sont pour SÉRIEUX et CAPGRAS des délires symptomatiques de la folie des dégénérés. Quand la différenciation est difficile, « l'évolution fournit toujours le criterium définitif ». Quelques années plus tard, SÉRIEUX et LIBERT reprennent au Congrès de Gand (1913) la question des psychoses interprétatives aiguës symptomatiques. En 1927, VALENCE (2), dans sa thèse inspirée par SÉRIEUX fait une revue générale de ces états interprétatifs et décrit, outre les délires symptomatiques des différentes psychoses, en marge du délire d'interprétation toujours incurable, des *états interprétatifs essentiels curables* ; ceux-ci n'étant fonction « ni d'une constitution paranoïaque, ni d'un élément maniaco-dépressif » ; c'est le choc émotif initial qui joue un rôle capital dans l'éclosion de ce délire, précédé d'une phase dépressive et dont le thème, partiellement légitime, a peu de tendance à la diffusion.

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Les Folies raisonnantes*, p. 269.

(2) R. VALENCE. — *Les états interprétatifs (en dehors du délire d'interprétation)* (Thèse Paris, 1927).

GENIL-PERRIN (1) admet l'existence et cite même quelques exemples de « bouffées délirantes interprétatives » transitoires et isolées (sans association de symptômes maniaque-dépressifs et sans étiologie toxi-infectieuse décelable). Il reconnaît la difficulté du diagnostic entre ces cas curables et le délire interprétatif chronique : « Nous n'osons pas dire, qu'une analyse très fine des symptômes orientera vers tel ou tel pronostic puisque, par définition, ces cas représentent une sorte de résidu obtenu par l'élimination de tous les syndromes interprétatifs susceptibles d'être rattachés de près ou de loin à une origine étiologique définie ou à une classe morbide par ailleurs qualifiée. Enregistrons donc purement et simplement la possibilité de l'existence de semblables faits et souvenons-nous en pour redoubler de prudence en matière de pronostic, quand nous verrons un sujet devenir brusquement un interpréteur délirant, sans avoir derrière lui le passé d'un paranoïaque notoire. » Et ailleurs, cet auteur reconnaît qu'il est assez artificiel de parler de l'incurabilité de la paranoïa, puisqu'on en élimine par définition tous les cas curables : « C'est presque une tautologie de dire que le délire d'interprétation dure toujours, puisqu'on ne laisse dans cette classe que les cas chroniques. » (2).

Enfin, au Congrès d'Anvers (1928) VERMEYLEN (2) rapporte quelques cas de psychose interprétative aiguë, qu'il rapproche des psychoses délirantes hallucinatoires. Il insiste sur la brusquerie d'apparition des accès (après une longue rumination mentale), leur courte durée, la relative fréquence des récidives, le polymorphisme des signes cliniques, enfin leur éclosion sur un terrain prédisposé. Et l'auteur trouve qu'il est légitime de reprendre l'ancienne classification de MAGNAN — du moins au point de vue clinique sans préjuger de la psycho-genèse — pour faire une place « à côté des deux ou trois grands cadres psychiatriques trop rigides » à ces psychoses polymorphes *curables*.

(1) GENIL-PERRIN. — *Les Paranoïaques* (Maloine, 1926, p. 124).

(2) GENIL-PERRIN. — (*Loc. cit.*, p. 89) ; cité également par DALBIEZ (*loc. cit.*, t. I, p. 570).

DUPRÉ et LOGRE décrivent également, en 1914 (1), une *psychose imaginative aiguë essentielle*, à côté de formes symptomatiques, variété de bouffée délirante de MAGNAN, parfois à la limite du normal et du pathologique, et qui dérivent d'un processus non plus interprétatif, mais imaginatif : délire imaginatif transitoire de grandeur (SÉGLAS et LOGRE 1912), bouffée délirante imaginative (DUPRÉ, TERRIEN, LE SAVOUEUX, 1913), délire d'imagination à éclipse (type DUPRÉ et MARNIER), état de rêverie, tendance à la fabulation, au mensonge, mythomanie (déséquilibrés de l'imagination). Les auteurs insistent sur les caractères particuliers de ces états aigus : soudaineté du début, éclat des manifestations cliniques (dramatisation), difficulté du diagnostic avec l'onirisme, enfin rapidité de l'évolution favorable. Signalons encore, dans cette variété, le délire de rêverie, ultérieurement décrit par HEUYER et BOREL.

d) *Les délires hyposthéniques*. — Il nous reste à signaler encore un mouvement qui se fit en France, parallèlement aux importants travaux de BLEULER, FRIEDMANN, GAUPP, KRETSCHMER, etc..., en faveur des *psychoses réactionnelles*. Certes, ce mouvement fut chez nous bien étouffé par les théories constitutionnalistes. Cependant un certain nombre d'auteurs français ont abordé ces *délires hyposthéniques* (2), en marge de la constitution paranoïaque classique, dont ils avaient remarqué la curabilité possible. Déjà SÉRIEUX et CAPGRAS avaient signalé, dans leur description princeps, le délire de supposition et la variété résignée, aussi incurables à leur avis, que le délire d'interprétation le plus typique. Par contre, dès 1898, JANET, qui fut un des « prospecteurs de la psycho-pathologie » décrit la *paranoïa rudimentaire*, délire de persécution apparu chez des sujets qui présentent le syndrome « d'obsession des scrupuleux ». « Les modes d'invasion de ce délire, ses mécanismes psychologiques, le fonds mental sur quoi il se développe se montrent identiques au fonds mental et aux accidents évolutifs de la psychas-

(1) VERMEYLEN. — *Sur quelques cas de Psychose interprétative aiguë* (Congrès d'Anvers, 1928).

(2) DUPRÉ et LOGRE. — *Les psychoses imaginatives aiguës* (Annales Médico-Psychologiques, 1914, t. II, p. 144).

thénie » (1). En 1902, dans leur livre : *Obsessions et Psychasthénie*, JANET et RAYMOND (2) rapportent de nouvelles observations de délires chez des psychasthéniques ; on retrouve les prédispositions typiquement psychasthéniques : sentiment d'incomplétude, besoin d'appui, abaissement de la tension psychologique. JANET met également en valeur « que le délire apparaît comme une *réaction* à certains événements traumatisants » et admet la curabilité de certains de ces délires.

En 1916, LÉPINE, rapportant les travaux du Centre de Psychiatrie de Lyon, signale de nombreuses observations de malades étiquetés : Délire de persécution d'apparence constitutionnelle et incurable, Psychose hallucinatoire chronique et qui, cependant guérissent. Il s'agit, pour l'auteur, en dehors des délires polymorphes des dégénérés proprement dits, et en dehors aussi d'une étiologie alcoolique, de délire chez des psychasthéniques. « Il y a des malades qui passent par tous les intermédiaires de la psychasthénie au délire » (3). Signalons encore l'observation d'ANTHEAUME et TREPSAT (4) sur un cas de délire de persécution, chez un émotif, non paranoïaque, disparu au bout de 3 ans — et l'intéressante communication de CLERC et PICARD « sur trois cas de délires interprétatifs sans prédisposition paranoïaque » (5) ayant guéri d'une façon durable. Ces auteurs insistent sur le rôle déclenchant des « émotions surajoutées en partie légitimes » et donnent comme critère de présomption de curabilité, outre l'absence de caractère paranoïaque, l'absence d'hérédité, l'existence d'une phase dépressive préalable, l'anxiété surajoutée, la faible diffusion du symbolisme interprétatif, enfin l'attitude résignée et craintive du malade. En 1926, CAPGRAS revient avec X. ABÉLY sur le *délire interrogatif* (6), qui est l'épanouissement d'une

(1) NODET. — *loc. cit.*, p. 128.

(2) LACAN. — *loc. cit.*, p. 55.

(3) JANET. — *Névroses et idées fixes* (1898, 2^e éd., 1904). — JANET et RAYMOND. — *Obsessions et Psychasthénie* (1902, 2^e éd., 1911).

(4) Jean LÉPINE. — *Travaux du Centre de Psychiatrie de Lyon*, in *Revue Neurologique*, 1916, t. II, p. 700.

(5) ANTHEAUME et TREPSAT. — *L'Encéphale*, 1920, p. 106.

(6) CLERC et PICARD. — *L'Encéphale*, mai 1927, p. 344.

constitution complexe, à la fois paranoïaque, hyperémotive et cyclothymique. Ces auteurs en font une simple variété du délire d'interprétation, mais signalent, à côté de cas chroniques, la possibilité de guérison rapide, suivie ou non de rechutes. Ils insistent encore sur certaines caractéristiques de ce délire : sa vraisemblance, sa limitation, son caractère dubitatif, son point de départ dans les menus incidents de chaque jour, la résignation du malade. CAPGRAS, en 1930, décrit de nouveau ces états sous le nom de *délire d'interprétation hyposthénique* (1) en les opposant au délire-type hyperssthénique. Il l'assimile aux persécutés mélancoliques des anciens auteurs, au délire psychasthénique d'ARNAUD (Congrès de Genève, 1908), à la paranoïa abortive ou atténuée des Allemands et au Sensitive Beziehungswahn de Kretschmer. L'auteur insiste encore sur le tempérament psychasthénique basal, qui réalise « une sorte de type mixte; ou plutôt une forme de transition entre la psychasthénie et la paranoïa ; sur la base affective déclanchante » l'inquiétude ou mieux la lutte entre deux éléments contraires, « un soupçon qui voudrait se fixer, un doute qui ne peut se détruire » (DUGAS). L'évolution de ce délire hyposthénique ne serait pas essentiellement différente de celle du délire d'interprétation. Il s'agit « d'une paranoïa chronique et extensive mais rudimentaire, atténuée, oscillante, rémittente ou intermittente, qui ne guérit pas complètement, mais dont le pronostic est cependant moins grave » un tel délire étant « moins rebelle à la psychothérapie, moins irréductible ». Il ne nécessite pas l'internement et « présente enfin de longues rémissions compatibles avec la vie sociale ».

Signalons encore les psychoses réactionnelles décrites par URECHIA, les bouffées délirantes motivées de NATHAN et GALLEOT. M^{lle} PASCAL réunit tous ces délires hyposthéniques dans le cadre des *psychoses de sensibilisation* (2), la genèse en étant une réaction d'allergie mentale. Le délire naît chez des sujets présentant le caractère affectif de KRETSCHMER,

(1) CAPGRAS. — *Le délire d'interprétation hyposthénique* (Annales Médico-Psychologiques, 1930, t. II, p. 272).

(2) C. PASCAL et A. DESCHAMPS. — *Psychose de sensibilisation* (Annales Médico-Psychologiques, 1931, I, p. 449 ; II, p. 8) ; — C. PASCAL. — *Chagrins d'amour et psychoses* (Doin, 1935).

mais sous l'influence d'un choc émotionnel unique ou répété. L'auteur insiste, après KRETSCHMER, sur l'importance primordiale des conflits avec l'ambiance, conflits à forte composante sexuelle. Enfin M^{lle} PASCAL souligne les caractères particuliers de ce délire, que nous retrouvons dans nos délires curables à structure de réalité. « Le roman délirant est toujours *dans le réel*, il n'y a pas d'invraisemblances, les réactions sont en rapport avec le conflit... Le système délirant est fragile, il s'effrite facilement sous l'influence du repos et de la psychothérapie. »

LACAN, dans sa Thèse, dont l'érudition bibliographique de l'exposé dogmatique nous a été si utile, isole dans le cadre de la paranoïa, sa paranoïa d'auto-punition, dont la cause première est, selon les conceptions psychanalytiques, un arrêt évolutif de la personnalité au stade génétique du sur-moi (fixation narcissique, pulsions homosexuelles refoulées, explication du meurtre sur la personne réalisant l'idéal du moi). Analysant un seul cas, très fouillé, l'auteur met en évidence les symptômes psychasthéniques primitifs et prédominants (tandis que les traits dits paranoïaques sont secondaires et accessoires) ; il signale le rôle dans l'étiologie immédiate d'un processus organique fruste et d'un trauma affectif en relation avec un conflit vital ancien et persistant. Il décrit la psychose, son début brutal, suivi d'une phase de systématisation du délire qui prend tous les caractères de la paranoïa classique. Ce délire est complexe : aux idées de persécution s'associent des idées de jalousie, de grandeur, érotomaniaques et aux interprétations (phénomènes élémentaires primordiaux) s'ajoute tout un cortège de troubles de la perception et de la représentation, résumés fréquemment en états oniroïdes plus ou moins dégradés. Enfin l'auteur insiste tout particulièrement sur le pronostic et l'évolution de cette psychose vers la *curabilité*, guérison spontanée, dans le cas étudié, soudaine et totale. « Tout le délire et tous les thèmes tombent d'un seul coup » après la satisfaction de la pulsion auto-punitrice. La réserve de récurrence ultérieure est cependant faite. LACAN insiste encore sur le rôle favorable de la psychothérapie ou si possible de la psychanalyse, sur le rôle favorable également des conditions

extérieures de nature à atténuer le conflit (changement de milieu par exemple).

Enfin le syndrome d'action extérieure est décrit par CLAUDE (1) « non plus comme un simple aspect séméiologique de l'apparition d'un délire hallucinatoire, mais comme une entité morbide » qui a sa place parmi les délires hyposthéniques. Il s'agit d'une psychose psychogène, réactionnelle, dont l'apparition est seulement favorisée par certaines conditions de terrain (débilité psychique au sens large du mot, ébauche de constitution paranoïaque ou sensitive, ou simple état de dépression nerveuse sous la dépendance d'une cause organique passagère). Ce délire se traduit par un « sentiment » complexe d'action étrangère persécutrice, origine des pseudo-hallucinations, mais l'interprétation et l'imagination délirantes jouent un rôle pathogénique particulièrement important. Il est donc proche par tous ces caractères, ainsi que l'a montré le Pr CLAUDE, du délire à base affective de KRETSCHEMER (2), et, comme ce dernier, ce délire est plus souvent épisodique, régressant avec l'amendement des désordres émotionnels et biologiques qui lui avaient donné naissance, et compatible avec une guérison totale et durable. Il doit donc être absolument détaché du groupe des psychoses hallucinatoires chroniques à évolution progressive. Un article de RUBÉNOVITCH et CANTACUZÈNE en rapporte deux exemples récents (3).

En résumé tous les auteurs s'accordent pour admettre la curabilité des délires hyposthéniques. La question de la guérison possible de la paranoïa hypersthénique (délire d'interprétation type, si radicalement niée par KRAEPELIN comme par SÉRIEUX et CAPGRAS), s'est posée de nouveau à propos de la thérapeutique psychanalytique, qui peut avoir sur ces psychoses une influence favorable. Citons entre autres, les cas de FRINCK et le beau cas de BJERRE (rapporté

(1) H. CLAUDE. — *Le syndrome d'action extérieure* (Progrès Médical, juin, 1930, p. 345).

(2) H. CLAUDE et P. SCHIFF. — *Le délire d'interprétation à base affective de Kretschmer. Ses rapports avec le syndrome d'action extérieure* (Encéphale, 1928, t. I, p. 411).

(3) P. RUBÉNOVITCH et J. CANTACUZÈNE. — *Le syndrome d'action extérieure* (Progrès Médical, 20 juin et 4 juill. 1936).

par DALBIEZ dans sa thèse (1), où le mécanisme de la projection défensive est si caractéristique, le délire de persécution de la malade n'étant que « l'extériorisation du sentiment inconscient de culpabilité ». Ce délire guérit après plus de dix années. Ce cas n'était pas, de l'avis de FERENCZI (2), ni de celui de FREUD lui-même « une véritable paranoïa ». FREUD, en effet, reste très pessimiste en ce qui concerne la thérapeutique psychanalytique de la paranoïa, comme celle des psychoses en général. « Les cas favorables sont des exceptions. Leur intérêt est proportionnel à leur rareté ». Certains jeunes psychanalystes sont plus optimistes..

SCHIFF, dans un récent rapport (3) s'efforce de résumer ces nouvelles tendances à la scission de la paranoïa et fait un essai de regroupement nosographique des « Folies persécutives », dont le critère serait la lutte inconsciente contre les pulsions antisociales. Il comprend, à côté des formes chroniques, différentes variétés de délires curables.

Nous devons arrêter ici l'exposé historique d'une si vaste question, l'ayant limitée à ses grandes lignes : l'évolution des principaux mouvements qui se succèdent, prévalent pendant un certain nombre d'années, puis font place à d'autres, pour renaître souvent plus tard, telles toutes les modes, seulement rajeunis. Nous avons certainement omis de citer des publications intéressantes sur ce sujet, qui, dispersées, ont échappé à notre investigation. D'autre part, il nous vient seulement à la fin de cet historique la préoccupation d'avoir négligé la si importante question de la psychose maniaque-dépressive, dont nous ne détachons pas un certain nombre de nos délires de persécution curables, tandis, qu'à l'heure actuelle, de nombreux auteurs, en raison de cette curabilité et des récidives possibles, les y incorporeraient même tous. Le cadre de la psychose maniaque-dépressive jouit, en effet, d'une grande faveur, non seulement en Alle-

(1) BJERRE. — *Mémoire paru dans le Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (3^e vol., p. 795) ; — R. DALBIEZ. — *La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne* (Desclée, 1936, t. I, p. 563 et seq.).

(2) FERENCZI. — *Quelques observations cliniques de cas de paranoïa et de paraprénies* (in *Revue de Psychanalyse*, t. V, n^o 1, p. 124).

(3) P. SCHIFF. — *Les paranoïas et la psychanalyse* (Rapport à la 9^e conférence des psychanalystes de langue française, Paris, février 1935).

magne, mais aussi en France. L'historique de cette question a d'ailleurs été très complètement exposé, notamment dans la thèse de BESSIÈRE et dans la récente thèse de ROUART. Nous nous bornerons à le résumer rapidement au cours de ce travail, quand nous analyserons le rôle des éléments maniaques ou dépressifs, prépondérant ou accessoire, dans nos délires curables, qu'il s'agisse des délires complexes aigus liés à un onirisme dégradé, ou des délires à structure de réalité, au contraire simples et plus insidieux.

(1) BESSIÈRE. — *Paranoïa et Psychose périodique* (Thèse Paris, 1913).

(2) J. ROUART. — *Psychose maniaque, dépressive et folies discordantes* (Thèse Paris, 1935).

PREMIÈRE PARTIE

LES DÉLIRES CURABLES A STRUCTURE ONIROÏDE

Il est un premier groupe de délires de persécution que leur complexité, l'extravagance de leurs éléments, le défaut de systématisation, l'absence de liaison logique font ranger d'emblée dans le cadre des délires chroniques. Ils en ont en effet tous les caractères, l'absurdité, l'invraisemblance, l'imperméabilité et sont, de ce fait, selon les tendances actuelles, étiquetés psychose paranoïde ou même démence paranoïde. Or ce diagnostic, avec le pronostic qu'il comporte, nous a paru trop souvent prématurément posé, ayant eu nous-même la surprise d'observer un grand nombre de ces délires qui évoluaient vers la guérison. Ce n'est certes pas là une découverte ; nous avons exposé dans l'Historique de ce travail, les différents mouvements qui se sont efforcés d'isoler les délires curables. Autrefois, en effet, avant KRAEPELIN, l'écueil eût été évité ; MAGNAN faisait de ces états des délires polymorphes des dégénérés ; peut-être même l'école de l'Admission risquait-elle de tomber dans l'erreur inverse, en portant trop systématiquement, par suite de l'extension considérable du groupe, un pronostic trop favorable. Comme le fait très justement remarquer TARGOWLA : « la différence essentielle qui existe, en dehors des tendances doctrinales, entre les descriptions de MAGNAN et celles de KRAEPELIN, réside dans l'évolution de la psychose. Ce dernier auteur vise surtout les états chroniques et définitifs, tandis que le premier, sans méconnaître ceux-ci, insistait sur les accidents curables et passagers (1) ». Ces états curables se moquent des classifications ; étiquetés psychose paranoïde ou schizophrénie, ils poursuivent leur évolution favorable et l'on

(1) TARGOWLA, *loc. cit.*, p. 30.

assiste alors à la guérison paradoxale de cette démence précoce. C'est pourquoi une réaction en faveur de la classification de MAGNAN était inévitable, que les uns admettent comme BIRNBAUM, BONHOEFFER, SCHROEDER, KRUEGER, KLEIST, etc. et HALBERSTADT en France le dogme de la dégénérescence, ou que les autres comme DIDE et GUIRAUD, TARGOWLA ne retiennent que certaines caractéristiques cliniques des délires d'emblée et polymorphes. A notre tour — nous défendant de créer une nouvelle entité nosographique — nous allons essayer d'analyser les particularités cliniques et structurales, qui permettent de poser, en présence d'un tel délire complexe, un diagnostic précoce, sans attendre les données de l'évolution, et d'envisager ainsi un pronostic relativement favorable et rarement infirmé.

I. — *L'aspect général* de ces délires est particulier du fait qu'ils ressortissent à l'onirisme, mais à un onirisme fruste, imparfait, atypique et pour tout dire « dégradé » : de sorte qu'ils n'ont pas le caractère d'acuité évident des délires oniriques purs, mais réalisent au contraire toutes les formes de transition entre l'onirisme proprement dit et les délires progressifs. Ces délires sont, avant tout, remarquables par leur complexité et leur diversité. Aux idées de persécution peuvent s'associer de multiples idées délirantes de grandeur, d'influence, de possession, de jalousie, mystiques, érotiques ou hypocondriaques, nées de l'accumulation d'éléments les plus variés : hallucinations multiples, sensations kinésiques ou cénesthésiques, illusions, fausses reconnaissances, interprétations, intuitions, enrichis par l'activité imaginaire la plus débordante. Ils réalisent les délires polymorphes de MAGNAN, la folie généralisée de ROSENBAACH, la psychose polymorphe de G. de CLÉRAMBAULT, ce sont des « panpsychoses » ainsi que XAVIER ABÉLY — par ce néologisme si juste — aime à les désigner.

Un tel délire est alimenté par l'onirisme nocturne qui le fait naître, le continue, l'entretient et l'enrichit. Mais *ces constructions du rêve s'infiltrant dans la pensée vigile* et la plupart sont élaborées suivant ce mode vigile de la pensée, qui peut les transformer, à tel point que, si la plupart de ces

délires sont évidemment invraisemblables et incompréhensibles, certains, soumis au contrôle de la pensée réaliste et à la rigueur de ses mécanismes logiques, peuvent, par la convergence des idées délirantes dans une même direction, constituer un système assez vraisemblable. Tous ces délires, qu'ils soient relativement simples, ou, au contraire, très complexes, assez bien systématisés ou absurdes, qu'ils se colorent des thèmes les plus variables et les plus dissemblables, présentent une certaine homogénéité, une unité structurale qualifiée oniroïde. Ce sont des états de *fiction vécue* à partir des contenus de conscience où les linéaments du rêve se mêlent « à l'ambiance, au réel, au présent, au monde environnant » pour constituer un ensemble scénique (MAYER-GROSS), panoramique, romanesque, dramatique, « racontable dans un ensemble émouvant d'aventures ». De plus, un certain trouble de la conscience, *trouble de la clarté de la conscience* (Bewusstseinstörung) le plus souvent discret, donne encore une note particulière à ces délires, qui sont enfin sous-tendus par un *état affectif très fort*, le plus souvent de teinte dépressive, parfois expansive, ou combinés pour réaliser une ébauche d'état mixte. Enfin, dernière caractéristique, un processus organique est d'ordinaire facilement mis en évidence, un *état physique defectueux* accompagne souvent ces délires, où l'on retrouve la notion d'une maladie physique ou d'un bouleversement organique — actuel ou récent — (telles certaines infections ou intoxications endo- ou exogènes, telle la puerpéralité).

II. — MODES DE DÉBUT

Le *début* de ces psychoses est remarquable par sa *brusquerie*. Il est toujours tumultueux et complexe, ainsi que MAGNAN l'a si bien souligné en expressions imagées. Cependant l'explosion délirante succède souvent à une *période d'incubation*, caractérisée par un état d'inquiétude vague, de dépression légère avec subanxiété, de malaise général. La malade de l'observation I « devient triste, fréquemment songeuse... elle paraît fatiguée et délaisse son ménage... dans la rue elle assure qu'on la suit, qu'on la regarde, qu'on la

photographie ». Une autre (observation III) présente une courte phase d'anxiété ; « elle fait appeler son mari par téléphone et lui dit qu'elle est bien malheureuse à la Maternité ». Fernande Br. (observation XII) fait, avant son premier accès, une véritable phase dépressive qui dure trois mois. Mme Pons... (observation IX) exprime « des idées de persécution imprécises contre ses co-locataires, qui *doivent* dire du mal d'elle ». Mme San... (observation II) construit même un « délire de palier », qui précède de quinze jours l'éclosion du délire hallucinatoire d'influence.

Cette phase d'incubation, à l'inverse de celle qui marque le début des délires chroniques est habituellement *de courte durée*. Elle peut d'ailleurs manquer (observation V, VII, IX, X, VI). C'est alors le « coup de tonnerre dans un ciel serein » (MAGNAN). Le début peut être marqué par un *épisode onirique* ou un *rêve effrayant*. Andréa (observation I) nous raconte spontanément, avant même que nous l'ayons interrogée, « deux rêves affreux » qui l'ont beaucoup impressionnée : dans l'un « qui était vivant comme un tableau », elle était dans un ménage qui n'était pas le sien, elle avait l'air toute triste... et elle était amoureuse de lui, « par inspiration ». « C'est alors que j'ai compris », dit-elle. En effet, de ce rêve découle le vaste délire érotique d'influence qui aussitôt accapare la malade tout entière. « Après cette grippe, j'étais tout énervée », nous apprend Mme Def... (observation IV), « je ne dormais plus, je rêvais beaucoup, je parlais toute seule... bientôt j'ai compris qu'il s'agissait de spiritisme ». Et la malade Mel... (observation VII) s'écrie : « Il y a 8 ou 10 jours, ça m'a pris comme ça dans la nuit. J'ai eu des cauchemars, je voyais du sang partout, des crimes ». Fernande Br... (observation XII) entend brusquement, la nuit qui suivit une discussion avec sa concierge, « des rumeurs dans la rue... elle voit des lueurs rouges, comme des flammes... et sait qu'il y a toute une bande d'hommes à la cave, qui font du télégraphe Morse et profèrent des menaces. » Pierre Louis (observation VI) avait « des cauchemars épouvantables »... Une nuit, il entend des injures... A partir de ce moment, il sent « une influence sur lui, qui le rend malade ».

Le début peut se faire encore suivant un mode plus nettement aigu par une *confusion mentale typique, habituellement onirique*. Celle-ci peut dominer le tableau clinique, puis persister, restant prédominante, parfois si accusée qu'elle réalise un syndrome stuporeux, si caractéristique chez la malade de l'observation III). Habituellement la confusion est fugace, un reliquat seul persiste pendant quelque temps, le délire, avec toute sa richesse et son exubérance, a bientôt pris la première place et masque tous les symptômes accessoires.

En effet, les idées délirantes s'organisent rapidement en quelques jours, parfois en quelques heures, en un système flou, complexe et fantastique. « Il jaillit violemment, avec l'instantanéité d'une inspiration ». MAGNAN a bien souligné, avec un sens clinique très averti, l'apparition *d'emblée* de ses délires des dégénérés. *Bursquerie étonnante du début et rapidité d'élaboration* sont, à notre avis, les meilleurs éléments de bon pronostic immédiat. C'est à cette conclusion que parviennent EY et ROUART, selon leur théorie dynamique, d'inspiration jacksonienne, des dissolutions de fonctions (1). « Plus la dissolution est rapide et profonde d'emblée, plus la réévolution sera rapide et sans phases intermédiaires »... « C'est en ce sens que la dissolution la plus rythmique, la plus profonde et la plus rapide, à savoir le sommeil, est généralement sans conséquence psychopathique ». Pour ces auteurs l'onirisme et certains états oniroïdes purs ou accompagnés de confusion, correspondent à une dissolution tout juste un peu moins profonde et moins rapide que celle du sommeil, le corollaire en est donc que leur « conséquence pathologique » restera minime. Rappelons que JACKSON considérant le premier le trouble mental sous un double aspect : *négatif*, dissolution des fonctions psychiques à des degrés variables, et *positif*, traduction de l'activité psychique des niveaux inférieurs libérés, a étudié ces faits précisément dans le cas du sommeil normal et dans les délires des états toxi-infectieux.

(1) H. EY et J. ROUART. — *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique des troubles mentaux en neuro-psychiatrie* (L'Encéphale, 1936, t. XXXI).

III. — STRUCTURE DES DÉLIRES ONIROÏDES. LE DÉLIRE

L'élaboration du système délirant est aussi rapide que brutale a été son éclosion. « Il n'y a pas de préface au délire », a dit MAGNAN, « il sort armé de pied en cap du cerveau du malade avec son ornement de troubles sensoriels... complet dès le début, il n'évolue pas »... D'emblée, en effet, les idées délirantes s'organisent en quelques jours, prennent le masque d'un délire chronique évoluant depuis des années, si riches d'événements et de certitudes. Cette remarque n'est certes pas nouvelle, beaucoup d'auteurs, après MAGNAN lui-même l'ont faite ; et M. MIGNOT, entre autres, en a tiré cette judicieuse conclusion : « L'apparition immédiate de signes de chronicité doit plutôt faire porter un bon pronostic ». Pourtant l'erreur est encore commune.

a) *La pensée onirique*. — Pourquoi cet ensemble délirant prend-il d'emblée le masque d'un vieux délire ayant bouleversé, englouti, absorbé la personnalité tout entière ? C'est, croyons-nous, qu'il est le type du « délire dans le sens le plus fort et le plus ancien du mot, qui contient le psychisme décomposé du malade dont sont faits les symptômes qu'il présente... » et Henry EY ajoute : « comme le sommeil contient le rêve si étroitement lié au Moi décomposé du dormeur ». C'est, en effet, une *construction oniroïde, qui tire ses éléments de la pensée affective*, instinctive, très archaïque, magique et syncrétique, d'une incomparable richesse et qui est un des modes de la pensée déréelle si bien analysée par BLEULER (1) (analyse que nous résumerons dans la seconde partie de ce travail). *Cette pensée onirique*, qui est une forme de la pensée affective, n'est pas une pensée inférieure, mais une pensée « autre », se libère et s'exprime dans le rêve véritable, dans l'onirisme, cet état de rêve éveillé, et dans le délire oniroïde, cette « fiction vécue ». Elle se trouve libérée pour deux raisons primordiales (2) : 1^o parce que les affinités de la pensée empirique sont diminuées, alors les associations sont polarisées par les affects qui prennent le dessus, et 2^o parce que la réalité paraît insupportable. *L'onirisme noc-*

(1) BLEULER. — *Naturgeschichte der Seele*, II^e Aufl., 1932.

(2) *Vide infra*, p. 116.

turne, ou même dans certains cas *le rêve véritable*, peuvent, nous l'avons vu, faire éclore le délire, mais encore, moins labiles que la confusion mentale et reviviscents les semaines suivantes, ils vont, évoquant les mêmes idées, continuer et nourrir ce délire, l'enrichir d'appoints nouveaux. Ce fait nous a paru très important à retenir pour le diagnostic souvent si délicat de ces états. L'onirisme ne constitue pas en effet ici une rupture nette avec la vie de la veille, comme dans les cas de bouffées confusionnelles passagères. Au contraire les expériences oniriques sont en continuité avec la pensée vigile, avec l'activité psychique du sujet tout entière accaparée par le délire. Cet ensemble réalise assez bien les *états hypnoïdes* de BREUER et FREUD ou les « Traumerei ».

L'observation I de ce travail est remarquable par la richesse de ces expériences oniriques. Dans d'autres cas celles-ci se confondent davantage avec le délire et le comportement du sujet, mais les exacerbations nocturnes sont le plus souvent très nettes : « La nuit les voix étaient plus proches », nous dit la malade San.. (observation II), « j'avais l'impression qu'elles étaient sous mon lit ». C'est la nuit qu'apparaissent chez Pierre-Louis S... (observation VI) les troubles cénesthésiques, « on continue de me travailler toutes les nuits, je ne peux dormir », se plaint-il. C'est dans un rêve que la malade Pons... (observation IX) a entendu une voix qui lui apprend qu'elle a hérité de 30 millions. C'est encore la nuit que Fernande Br... (observation XII) entend « mille allusions à sa vie passée », des appels, des ordres, des disputes qui entretiennent pendant quelques semaines le délire et l'anxiété. D'ailleurs ces mêmes expériences vont pouvoir faire irruption dans le psychisme du sujet à l'état de veille, expliquant les intuitions, les interprétations, les révélations subites qui enrichissent souvent, comme nous le verrons, extemporanément le délire.

Quels sont donc les éléments d'un tel délire, ou plutôt de ses composantes (rêve, onirisme pur et onirisme dégradé) ? Ce peuvent être des courants affectifs qui ont pris naissance dans la cénesthésie, reflet du mauvais fonctionnement de l'organisme. Ce sont surtout les *tendances affectives et instinctives* plus profondes, libérées, délivrées du joug de l'at-

tention et de la volonté, qui vont s'exprimer sans contrainte. « La pensée déréelle, écrit BLEULER, réalise nos désirs et aussi nos craintes. » « Le rêve, a dit FREUD, ignore le non ». Cette pensée onirique « autre que la pensée vigile », dégradée, se dirige vers des buts donnés par les instincts ou les affects, ceux-ci étant pour la plupart subconscients ou inconscients et colorés plus souvent d'une teinte dépressive et triste que d'une nuance gaie ou expansive. Et l'on assiste fréquemment à la résurgence par un phénomène curieux d'ecmnésie d'états affectifs très anciens apparemment oubliés, de *souvenirs infantiles*, qui ont laissé une empreinte profonde et ignorée et qui viennent s'intriquer avec certaines préoccupations actuelles, mais aussi très intenses. Ce fait est tout à fait remarquable chez la plupart de nos malades. Dans un de ses rêves Andréa (observation I) « était redevenue jeune fille, il y avait un baptême... elle était marraine avec M. C. »... M. C., c'est l'homme qu'elle a aperçu récemment, qui l'aime et qu'elle aime, qui l'influence et la torture. Il est le centre de son délire récent. Mme San... (observation II) entend dire « que son enfant ressemble à une momie, que son sexe est déformé, etc... » ; or, à la Maternité, l'accoucheur avait en effet remarqué la chétivité de son petit et elle s'en inquiétait beaucoup. Mais les voix font aussi des réflexions sur sa vie passée, sur sa famille et énumèrent tous les ménages de son pays — que la malade a quitté depuis longtemps — qui ont eu « des enfants rabougris avec des croûtes syphilitiques ». La malade Ber... (observation III) dans sa confession mélancolique, se reproche particulièrement quelques amusements sexuels avec ses compagnes d'école, les niches faites à sa maîtresse, et tout « ce dont elle a rougi » ; et dans le déroulement incoercible de ses souvenirs, il est surtout question de son enfance, « de sa maman nourrice ». « Je suis une enfant trouvée par un matin de septembre perdue devant la porte d'une église ». Mme Mel... (observation VII) rappelle le crime qui a hanté son enfance et le « secret de la médaille » que lui a révélé une sorcière rencontrée dans un bois alors qu'elle était petite fille, et c'est pour découvrir la clef de ce secret qu'elle a été consulter le Dr S., qui est en effet son médecin actuel.

Pierre-Louis S... (observation VI) entend, la nuit, des voix qui lui parlent du « curé de Josselin, de la Trinité et de Saint-Malo », son pays natal. Mme Def... (observation IV) est surtout préoccupée, dans son délire oniroïde, par les événements actuels : Hitler, l'assassinat du Président Doumer. Marie M... (observation XVII de la II^e Partie) remarque, dans l'épisode onirique, qui émaille un délire ancien à structure de réalité — que l'un de ses agresseurs est « grand et blond, un beau garçon » qu'elle identifie inconsciemment au jeune boulanger, qu'elle aima et est devenu, par projection défensive de son conflit profond, son principal persécuteur. Et que d'aveux la pensée affective extériorise ainsi, délivrée de la censure de la pensée vigile, sous la forme d'une aventure symbolique, exprimant suivant la conception de FREUD, un désir refoulé, souvent, mais non toujours, d'origine infantile. C'est ainsi que presque toutes nos malades, atteintes de psychoses puerpérales, psychoses qui sont les plus beaux exemples de délires oniroïdes, expriment le regret d'être mariées, répudient même le nom de leur mari, ou à tout le moins n'ont pour celui-ci, pendant la durée de leur maladie, qu'une indifférence polie.

b) *Mécanismes psychologiques.* — Par quels *mécanismes psychologiques s'élaborent, s'intellectualisent* ces éléments : tendances affectives et instinctives profondes, intriquées avec des impressions actuelles venues de la cénesthésie et du monde extérieur ? Il s'agit d'une *intrication de deux mécanismes* essentiellement différents, intrication qui confère à ces délires oniroïdes une *structure* bien particulière : ce sont d'une part l'*expression selon certaines lois propres du rêve* et d'autre part, l'élaboration plus ou moins limitée *selon le mode vigile de la pensée*.

La pensée onirique s'extériorise en partie, au mépris des associations logiques, selon « ses lois propres », les quatre grands mécanismes d'élaboration du rêve — si lumineusement décrits par FREUD et qui sont d'excellents clefs. Grâce à la méthode freudienne seule, nous parviendrons à comprendre « ce que la raison ne comprend pas ». Il nous sera possible de pénétrer ce délire apparemment imperméable et de remonter jusqu'à sa source, d'en trouver la significa-

tion profonde souvent d'une insoupçonnable richesse. Mais le hiatus est comblé seulement, comme l'a dit Henri Ey, « à la faveur d'une inférence à une autre pensée affective, instinctive, magique et syncrétique, qui, toujours prenante chez chacun de nous, n'est réprimée qu'au prix de l'effort de la conscience vigilante et rationnelle ». On retrouve en effet dans cette élaboration délirante : 1^o la *condensation* ou extension du concept, fusion faisant du contenu manifeste une abréviation du contenu latent, certains mots élargissant leur signification, par surdétermination ; 2^o le *déplacement*, effet de la censure et du refoulement, « processus par lequel la charge affective se détache de son objet normal pour se porter sur un objet accessoire » ; 3^o la *dramatisation* qui est la substitution, de la pensée, de l'image, bien plus, la régression de la première vers la seconde, de l'abstrait au concret, au scénique, au « dramatique », de l'objectif au subjectif. Toutefois cette « visualisation » onirique n'aboutit pas toujours dans ces états oniroïdes à la perception véritable, à l'hallucination visuelle, comme dans l'onirisme typique ; 4^o enfin la *symbolisation* des contenus de conscience, qui va du concret au concret, se transposant d'une image cachée, restée inconsciente, vers une autre image, et n'est cependant pas toujours un rapport constant du signifié au signe typique, collectif, universel, selon la finalité sexologique pure, mais l'expression paradoxale de la pensée onirique.

Signalons encore l'apparente incohérence temporo-spatiale de ce délire, qui fait succéder ou juxtapose des conditions d'espace et de temps, qui seraient absurdes dans la pensée vigile, mais sont expliquées par la condensation et la dramatisation dans la pensée onirique, où elles prennent seulement la forme de « changement de tableaux ».

Mais là n'est pas tout le délire ; une autre partie, parfois prépondérante, des constructions du rêve peut s'infiltrer dans la pensée vigile et s'élaborer en se soumettant aux raffinements de la logique. Sans doute, dans ces cas, la logique n'est plus que la servante aveugle ou la complice maladroite de la pensée affective ; sans doute la contrainte est toute apparente, aidant seulement à rendre compréhensibles à l'interlocuteur ces sentiments profonds ; sans doute

L'expression logique ne les rend pas pour cela acceptables pour la raison, parce qu'elle se sera mise « au service des associations les plus éperdues », (BLEULER) ; mais ce délire, tout en restant complexe et inacceptable, utilise à côté des constructions du rêve *des perceptions exactes de la réalité*. Il n'évolue pas tout entier dans un monde extérieur imaginaire, mais se développe en partie dans le temps et dans l'espace et des représentations abstraites par concepts se font à côté des images hallucinatoires. Enfin les hallucinations auditives peuvent marquer le pas devant les hallucinations visuelles (comme dans tous les délires progressifs de type vigile) et surtout le raisonnement (interprétation délirante) intervient parfois activement (1). En somme, on retrouve là le dernier des mécanismes freudiens du rêve : *l'élaboration secondaire* — que le maître de Vienne définit « le processus par lequel l'esprit du rêveur au fur et à mesure qu'il se rapproche de la pensée de la veille, introduit dans ses productions oniriques un ordre logique plus ou moins artificiel ». « La conscience sommeillante se dit : voici venir notre maître, la conscience éveillée... vite prenons les choses, mettons-les en ordre, n'importe quel ordre est bon — avant qu'il entre occuper la scène » (HAVELOCK ELLIS) (2). Là enfin est la construction délirante qui différencie ce délire oniroïde de l'onirisme vécu pur, plus « agi », au même titre que « le récit d'un rêve fait après coup, comme l'a fait remarquer LACAN, est un petit délire bien systématisé, très éloigné du rêve lui-même ».

IV. — LES ÉLÉMENTS CONFUSIONNELS CONCOMITANTS

A cet ensemble délirant s'ajoute souvent, mais non toujours, un appoint confusionnel. Il ne s'agit certes pas, dans les cas qui nous intéressent, de la confusion mentale classique, très marquée et dominant le tableau clinique. Celle-ci peut, comme nous l'avons vu, marquer le début d'un délire oniroïde, mais son caractère essentiel, si une telle confusion existe, est d'être dans ce cas *passagère*, donc rarement obser-

(1) DIDE et GUIRAUD, *loc. cit.*, p. 293.

(2) FREUD. — *La science des rêves* et cité par R. DALBIEZ, *loc. cit.*, t. I, p. 194.

vée quand les malades nous arrivent à l'asile, habituellement quelques jours après le début de la maladie. Là est une des difficultés du diagnostic. En effet une confusion mentale onirique nette et essentielle ne trompe personne et sera tout de suite étiquetée état aigu ; et nous avons d'emblée éliminé ces cas du cadre de notre travail. Seuls nous intéressent ici, nous le répétons, les états qui prennent un masque de chronicité et soulèvent une question pronostique délicate. Cependant l'existence d'une légère confusion est, peut-être, après la brusquerie du début, un des meilleurs signes d'« acuité » des troubles. Mais il faut rechercher les quelques éléments dont elle se compose, derrière le délire exubérant et touffus qui domine le tableau clinique et le colore de tous ses feux. Comme le dit GUIRAUD, à propos des psychoses puerpérales, « presque toutes nos malades ont été confuses, aucune n'a été exclusivement confuse ». Cette note confusionnelle, non seulement ne répond pas à la confusion mentale typique (l'Amentia des auteurs allemands) et SÉGLAS, avant MAYER-GROSS, l'avait déjà bien montré à propos de sa paranoïa aiguë. Mais ce n'est même pas l'état de trouble de la conscience, encore trop net (Verwirrtheit). C'est à peine un état crépusculaire (RÉGIS), (Dammerzustand des Allemands) assez mal défini, ou plutôt ce vague trouble de la conscience si difficilement définissable (le Bewusstseinsötrung des Allemands), cet ensemble si particulier que le clinicien sent tout de suite et qui lui fait supposer qu'il s'agit d'un « cas aigu », sans qu'il lui soit toujours possible de le définir et de le classer, cet état enfin que les infirmiers, qui ont une certaine expérience des malades, perçoivent eux aussi et traduisent, comme nous l'a fait si justement remarquer Henri EY, par ce mot si simple et même plus clair que tous les termes savants du monde : « il est troublé ». Il s'agit, en effet, d'un trouble qualitatif de la conscience, d'une *conscience modifiée* (Verandertes Bewusstsein), par opposition à la *conscience désagrégée* (Zerfallendes Bewusstsein) de l'Amentia, selon la terminologie de JASPERS, que reprend MAYER-GROSS ; dans le premier cas, « l'intensité et l'orientation des états de conscience étant seulement modifiées sans que ces

fonctions soient troublées » (1). Cet état de trouble est perçu par les malades eux-mêmes. « C'est comme si j'avais été pendant quatorze jours dans un état de crampe », dit, après sa guérison, un malade de MAYER-GROSS, « c'était vraisemblablement comme un rêve (wahrscheinlich ein Traum) assure un autre. Presque toutes nos malades nous ont fait cette remarque. « Il y avait quelque chose que je ne pouvais pas deviner, nous dit l'une, *c'était de l'ombre* ». « Les heures pour moi, c'est troublé » dit une malade de EY. Cet état d'obtusion, d'obnubilation légère, de vague égarement surajouté, se traduit avant tout par un sentiment d'étrangeté généralisé de l'ambiance (signalé en particulier par TARGOWLA, DUBLINEAU et sur lequel nous avons souvent entendu X. ABÉLY dans son enseignement oral, insister). C'est une légère torpeur avec difficulté d'identification du monde extérieur, une certaine obnubilation, distraction, défaut d'adaptation à l'ambiance qui rendent l'orientation, non pas perturbée, mais souvent hésitante. C'est encore une certaine méconnaissance de l'entourage, et d'autre part le sentiment de synthèse personnelle imparfaitement claire ; enfin de difficulté d'effort mental avec fatigabilité rapide que nous avons trouvé si nette et si prolongée chez Fernande Br... (observation XII). Cet état de troubles noétiques est si intimement lié au délire, disparaissant le plus souvent dès que celui-ci s'améliore, qu'il nous paraît bien, selon la remarque de DUBLINEAU, « le résultat de la multiplicité et de l'activité des symptômes délirants et hallucinatoires ». Et nous verrons que bien souvent « au moment de la guérison, une amnésie lacunaire plus ou moins étendue complètera la preuve de la réalité de cette confusion ». (GUIRAUD).

V. — LES TROUBLES DE L'HUMEUR L'ÉTAT AFFECTIF CONCOMITANT

Ces idées délirantes d'apparition subite répondent, nous l'avons souligné, à un *état affectif intense*, le plus souvent pénible, de teinte dépressive, se traduisant par, outre les idées mélancoliques déjà signalées, la tristesse de l'humeur,

(1) MAYER-GROSS. — *Die oneiroide Erlebnisform* (loc. cit.).

le ralentissement des processus psychiques, l'aprosodie, l'anxiété ou plutôt subanxiété, la crainte, l'inquiétude, parfois même demi-mutisme, refus d'aliments, etc. Dans certains cas c'est au contraire la tendance expansive qui prédomine : aux idées mégalomaniaques s'ajoutent l'exubérance, l'exaltation, typiquement maniaques, parfois une agitation modérée, la volubilité, la fuite des idées, les associations automatiques, les troubles de l'attention, les intuitions subites... Parfois ces réactions affectives sont mobiles, les tendances contradictoires s'associant ou alternant pour constituer un véritable *état mixte*. TARGOWLA, puis DUBLINEAU ont particulièrement insisté sur cette « association maniaco-anxieuse, assez spéciale à l'état délirant polymorphe », constituant le « fond mental » de la psychose, qui lui reste « si intimement liée ». Les réactions affectives, conclut DUBLINEAU, sont directement en rapport avec le délire et paraissent cliniquement secondaires à lui, « de sorte que les idées délirantes étant extrêmement mobiles et momentanées, ces réactions affectives simulent un véritable état mixte ». Or, l'état affectif très fort n'est, en effet, pas lui-même secondaire, mais primitif, sous-tendant l'explosion délirante. Il est aussi, nous l'avons vu, plus complexe et plus profond, tous les affects du malade, jusqu'aux plus inconscients, étant engagés dans « l'aventure délirante », comme son psychisme tout entier. Dans un seul cas (observation VII) nous avons rencontré, parmi nos malades, cet état mixte typique sur lequel on a insisté ; mais toujours les désordres de l'humeur plus souvent de teinte dépressive, qu'expansive sont d'une impressionnante netteté. Cette considération n'est pas nouvelle ; déjà MAGNAN et ses élèves signalaient les troubles de l'humeur (anxiété ou agitation maniaque, expansivité ou inertie) au cours des délires polymorphes des dégénérés. Est-ce à dire cependant que selon une position doctrinale si en vogue depuis KRAEPELIN, il s'agit toujours de manifestations délirantes de la psychose maniaque-dépressive ? Nous ne le croyons pas. Certes les bouleversements organiques, biologiques de cette psychose peuvent être la seule étiologie connue de ces états, et l'observation VII en est un exemple, — ou bien rester au premier plan (ob-

servation VIII). Mais dans la majorité des cas l'identification ne nous paraît pas justifiée, ainsi que l'ont fait remarquer HALBERSTADT et TARGOWLA qui différencient de la psychose maniaque-dépressive : le premier, la psychose dégénérative aiguë, le second les délires polymorphes. Les troubles de l'humeur, si nets soient-ils, restent cependant de beaucoup dominés par le délire complexe et, d'autre part, un processus organique connu peut être invoqué comme la véritable cause déclanchante du syndrome délirant. *L'unité de ces délires n'est pas dans une étiologie parfois un peu artificiellement isolée, mais dans leur structure même, base de leur pronostic.* Comme le remarquait, il y a près de dix ans, VERMEYLEN « il est temps de passer de l'ère des grandes synthèses à celle d'une *analyse judicieuse* et de substituer à des cadres rigides qu'on sent trop étroits, des syndromes d'attente plus rapprochés de la réalité clinique et s'adaptant mieux à l'infinie diversité des cas concrets. » (1).

VI. — EXPRESSION CLINIQUE DES DÉLIRES ONIROÏDES

Telle est la structure des délires oniroïdes. *Son expression clinique* réalise, nous l'avons dit, un tableau bien particulier : les éléments multiples, les plus divers, les plus disparates se trouvent réunis par une trame unique pour constituer *l'ensemble scénique*.

Les classiques, et en particulier MAGNAN et son école, ont bien mis en relief le polymorphisme des délires d'emblée, leur variabilité, l'absence de systématisation de ce « mélange incohérent et enchevêtré », la multiplicité des troubles psycho-sensoriels enfin. L'aspect tumultueux complexe et mobile est également la principale caractéristique clinique des délires à structure oniroïde et nous y avons déjà insisté au début de ce chapitre quand nous en avons esquissé un tableau d'ensemble. D'ordinaire les idées délirantes sont remarquables par leur complexité. « Il n'est pas un thème qui ne soit accepté », qu'il soit de teinte dépressive ou euphorique et l'on peut trouver plus ou moins intriqués et simultanés, ou dispersés et immédiatement successifs, à

(1) VERMEYLEN (*loc. cit.*).

côté des idées de persécution, les thèmes de jalousie, d'hypochondrie, d'auto-accusation, mystiques ou érotiques, d'influence (états oniroïdes d'action extérieure de Claude), d'agression, de transformation corporelle, de dépersonnalisation, de possession mégalomaniacale (états dysesthésiques de CLAUDE et EY), thème de filiation, de métempsychose, féerie fantastique, métabolisme cosmogonique, idéologie ontologique. Ces thèmes sont encore *mobiles* dans le temps, plus ou moins contradictoires, variables, asystématiques, flous, inconsistants, « croulants ». Ainsi le malade exprime et « vit immédiatement l'étrangeté, la xénopathie, la dualité, la pleuralité et les transformations de sa personne et de sa pensée... qui sont les différents aspects de ce vertige intérieur » (Henri EY). Le malade intègre à ce délire sa personnalité tout entière, si brusquement et si intensément bouleversée ; c'est pourquoi il lui est impossible de ne pas adhérer d'emblée à sa fiction par une conviction immédiate absolue.

Ces idées délirantes s'organisent à l'aide d'éléments les plus variés : phénomènes hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires « nombreux et exubérants », à prédominance *auditive* plus que visuelle, mais aussi hallucinations psychiques ou psycho-motrices, troubles cénesthésiques, automatisme mental, écho de la pensée, toutes les expériences profondes traduisant l'atteinte cénesthopathique initiale et aussi les troubles de la notion du Moi et du Monde « compénétration du moi et d'autrui, effacement des limites de l'objet et du sujet, sensation de cohabitation intellectuelle, de viol psychique ». Toutes ces manifestations paroxystiques, oniroïdes sont donc assez notablement différentes de l'onirisme pur à prédominance visuelle et au total moins complexe. Enfin de nombreux éléments s'ajoutent, se superposent à ces états qualifiés hallucinatoires : les illusions sont particulièrement multiples et fréquentes, en relation directe avec l'état affectif et surtout les *processus intuitifs*, subits et intenses faisant brusquement irruption dans le champ de la conscience et traduisant l'*activité imaginative* dérégulée du malade. Il faut encore signaler à côté de la fabulation, les fausses reconnaissances ou la méconnaissance systéma-

tique, les illusions de sosies, les paramnésies, les faux-souvenirs, enfin l'ecmnésie avec le déroulement presque incoercible de souvenirs, de situations anciennes, souvent infantiles. La simple *interprétation* joue également un grand rôle dans la rapide élaboration délirante : « un geste, une parole font comprendre des choses extraordinaires de l'expression des physionomies, les couleurs symboliques, les mots à double sens sont l'origine de nombreux raisonnements pathologiques, exprimés avec plus ou moins de clarté » (1).

Quand de tels délires oniroïdes réunissent ainsi une telle diversité d'expression, ils réalisent alors le maximum de complexité, d'invraisemblance, d'imperméabilité qui les rend si proches des états paranoïdes. D'autres, très rapidement, quelques jours après l'explosion délirante initiale, se simplifient, deviennent moins mobiles et s'organisent un peu en une vague systématisation, acceptant la rigueur des mécanismes logiques, qui les rend moins hermétiques, mais non pas moins inacceptables pour la raison. Certains enfin réalisent une remarquable association ou succession de syndromes, telle l'intrication quasi simultanée ou rapidement successive de confusion-onirisme, puis état oniroïde, état mélancolique, état hébéphrénocatatonique (observation III). On voit donc que tous les intermédiaires sont possibles entre l'onirisme et les délires progressifs, que toute une hiérarchie s'établit depuis les délires les plus complexes de types paranoïde jusqu'aux délires non pas systématisés, mais moins asystématiques, essentiellement intuitifs et interprétatifs, en passant par des états proches des délires typiquement mélancoliques ou maniaques.

Mais de même que ces délires si disparates présentent une unité structurale, que nous avons essayé d'analyser, de même ils ont, malgré la multiplicité de leurs éléments, une unité clinique, concrète, c'est *l'ensemble scénique particulier*, qu'ils réalisent et qui signe leur caractère de bouleversement psychique *paroxystique*. Ces états de *fiction vécue* sont l'expression de sentiments très forts, alimentés de « coulées de rêve » intenses, mais qui viennent s'insérer dans le présent, le réel, le monde environnant. C'est « l'objectivation

(1) DIDE et GUIRAUD, *loc. cit.*, p. 291.

intuitive des situations qui cristallise des fantaisies vers des perceptions réelles, et qui est de signification individuelle et entraînant » (MAYER-GROSS). Ainsi se trouvent construits ces ensembles scéniques, panoramiques dont les multiples éléments ne se laissent pas isoler, la fantaisie s'orientant dans une certaine direction. C'est encore l'enchaînement de toute une série de tableaux, visions kaléidoscopiques, remarquables par leur richesse, leur dramatisation ; enchaînement, unité des variétés scéniques si différentes de la fragmentation des scènes oniriques pures. Cependant ces situations groupées et intensément vécues « au travers d'une signification globale et incoercible », conservent un caractère *d'inachevé*, également remarquable et sur lequel MAYER-GROSS insiste dans tout le cours de son ouvrage consacré aux « Oneiroïde Erlebnisform ». C'est la conséquence du trouble concomitant de la clarté de la conscience (cause de distraction, de difficulté d'exécution et de persévération) mais c'est aussi l'expression d'un état affectif profond particulier « de quelque chose qui manque », comparable au sentiment d'incomplétude de JANET. Ces événements scéniques n'atteignent jamais leur but, et cette absence de terminaison, de conclusion donne encore au tableau clinique le caractère angoissant d'attente, de doute, d'énigme, d'insécurité.

VII. — LE SYNDROME PHYSIQUE

Enfin, dernière caractéristique de ces délires curables un *syndrome physique* s'associe habituellement aux troubles mentaux, contrairement à l'opinion classique (MAGNAN, SÉGLAS). Les troubles organiques concomitants sont d'intensité variable ; ils ne nous ont pas paru toujours aussi marqués que les décrit TARGOWLA au cours des délires polymorphes ; il est vrai qu'il nous a été rarement possible, et nous le regrettons, de pratiquer chez nos malades, suivis dans différents services tous les examens complémentaires. En pratique, nous limitant dans ce travail à l'étude analytique et clinique, nous retenons seulement la constance d'un *état somatique défectueux* : c'est en particulier l'amaigrissement plus ou moins marqué, souvent rapide au début, une altération du facies,

un certain degré d'anémie, l'état saburral des voies digestives avec anorexie, constipation, un état subfébrile initial et plus ou moins prolongé, de l'éréthisme cardiaque ; enfin quelques troubles hépato-rénaux : traces d'albumine, urobilinurie, et, chez la femme, des troubles de la menstruation.

Dans d'autres cas un *processus organique* est décelable à l'origine de la psychose ; maladie physique ou bouleversement organique actuel ou récent. Ce sont toutes les infections et les intoxications endogènes ou exogènes, surtout atténuées et prolongées (bacillose torpide, insuffisance hépatique, néphrite, pyélonéphrites, alcoolisme chronique, etc...), la *puerpéralité*, la ménopause. Enfin l'épuisement, le surmenage, l'émotion surajoutés sont encore des causes favorisantes. Nous avons retrouvé la plupart de ces causes dans les observations que nous publions. En outre, signalons que l'*épilepsie* peut provoquer des délires oniroïdes typiques, habituellement très fugaces et parfois non amnésiques, ou seulement dysmnésiques. Ces faits sont bien connus et leur diagnostic se discute rarement. Ils ont été étudiés en particulier par de CLÉRAMBAULT, MARCHAND et BAUER, DIDE et GUIRAUD, BOVEN, ABADIE, CLAUDE, BARUK. Des états oniroïdes se rencontrent encore au cours de processus organiques graves, tels que l'encéphalite épidémique (CLAUDE et EY) les tumeurs cérébrales, les intoxications aiguës. Ici la lésion causale domine le pronostic.

VIII. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic des délires de persécution curables à structure oniroïde est particulièrement *difficile*. C'est dans les cas de ce genre où l'expérience clinique réelle, l'analyse fine des divers symptômes devient indispensable. Les critères du diagnostic, quelquefois un peu subtils, sont plus faciles à exposer au lit du malade, à propos d'un cas individuel que dans une étude d'ensemble. Ce diagnostic ressuscite quelques-unes des particularités cliniques, mises en lumière par l'école de MAGNAN et peut servir d'exemple pour démontrer que, si la classification de MAGNAN est actuellement démodée, elle s'appuyait néanmoins sur une pénétration clinique remarquable.

Actuellement, sous l'influence de la nosographie qui accorde une place excessive à la schizophrénie et à ses subdivisions telles que psychose ou démence paranoïde, un examen superficiel fait souvent considérer comme un « paranoïde » incurable, un malade qui, après quelques mois, guérit complètement.

Les diagnostics les plus délicats de ces syndromes sont à faire, d'une part avec l'onirisme authentique, d'autre part avec les syndromes paranoïdes.

1^o Le diagnostic avec l'onirisme n'a pas une grande importance pratique puisque le pronostic est à peu près le même dans les deux cas, puisque la structure psychologique est voisine et enfin puisqu'on peut retrouver entre les deux formes toutes les transitions. Dans l'onirisme véritable la pensée du malade évolue dans un monde extérieur imaginaire, même quand l'identification du milieu réel est possible, elle est toujours déformée particulièrement par de nombreuses illusions de reconnaissance de l'entourage. La désorientation dans le temps et dans l'espace est habituellement évidente ; l'amnésie de fixation de la plus grande partie des constructions délirantes est caractéristique, après la guérison. Dans les délires oniroïdes, au contraire, on constate une *intrication* du mode vigile de pensée et du mode onirique. Le milieu est bien identifié, les personnes sont reconnues ; la notion de présence immédiate, la vision des personnages du délire si caractéristique de l'onirisme fait défaut la plupart du temps, les hallucinations sont surtout auditives, les modes logiques de pensée tels que les interprétations sont fréquentes, mais, à une analyse un peu pénétrante, on voit qu'ils constituent le plus souvent un simple déguisement logique du mode de pensée onirique : fusion, surdétermination, coordination, etc. Dans l'élaboration des thèmes délirants le substratum onirique se manifeste par la complexité, la variabilité, le défaut de cohésion. De même au point de vue affectif les courants directeurs sont instables et variés : dépression, excitation, sentiment d'emprise, réaction euphorique se succèdent facilement.

2^o La distinction avec les *états délirants dits paranoïdes* est beaucoup plus délicate, surtout si l'on se borne comme dans un concours à examiner le malade pendant un bref

espace de temps sans tenir compte de l'évolution et des renseignements.

a) Il faut tenir compte des facteurs concomitants : céphalée, fièvre légère initiale, un état auto-toxique tels que grossesse, légère infection utérine, pyelonéphrite, amaigrissement de cause inconnue, insuffisance hépatique, bacillose torpide, habitudes éthyliques même anciennes, etc.

b) Le mode de début est brusque ou très rapidement progressif. En quelques jours ou en quelques semaines les thèmes délirants complexes et variables sont élaborés. Mais pour se placer sur le terrain de la réalité et non sur celui de la commodité théorique, l'affirmation précédente comporte deux restrictions : d'abord certains délires à structure oniroïde curables s'élaborent plus lentement et sont précédés d'un état neurasthénique ou dépressif, et ensuite certaines hébéphrénies délirantes débutent brusquement par un état d'agitation désordonnée avec idées délirantes polymorphes.

c) Les hébéphrénies délirantes s'accompagnent assez souvent de symptômes de la série catatonique tels que : itérations, parasitisme mimique, barrage, mutisme. Encore est-il nécessaire de faire une discrimination clinique sévère et d'être bien sûr de l'authenticité de ces symptômes catatoniques. Même dans ce cas le diagnostic de délire oniroïde curable n'est pas forcément éliminé ; en effet certaines infections exo- ou auto-intoxications graves peuvent atteindre la région sous-corticale et réaliser de véritables symptômes catatoniques (échopraxie, échographie, écholalie, parasitisme mimique), mais cette particularité ne s'observe qu'avec une atteinte organique assez sérieuse qui élimine ou au moins laisse en suspens le diagnostic d'hébéphrénie.

d) Quant à la différence de structure des deux groupes de délires, voici les particularités auxquelles il faut, à notre avis, s'attacher. Certes ces structures, toutes deux expressions de la pensée affective, sont très voisines, caractérisées avant tout par le polymorphisme et la mobilité des thèmes délirants, qui paraissent incompréhensibles et ineffables. Mais le délire oniroïde est souvent plus polymorphe en ce sens qu'outre les idées d'atteinte cénesthésique, d'influence ou de persécution on constate la présence d'autres éléments et

tout particulièrement d'états dépressifs avec défense contre des accusations inexistantes, idées d'auto-accusation s'étendant souvent à l'enfance. L'auto-accusation peut manquer et le malade accepte avec résignation le rôle de « victime innocente » nuancé des châtiments les plus dramatiques. Inversement et quelquefois chez le même malade peut survenir un état hypomaniaque avec fuite d'idées et agitation. Les réactions affectives sont plus intenses. On ne rencontre habituellement pas dans les états oniroïdes l'impulsivité « à froid » du paranoïde et surtout le « désintérêt vital, cette indifférence égale pour le Moi et pour le monde extérieur qui enlève au drame délirant du paranoïde presque tout son dramatisme et le réduit à des phantasmes irréalisables de sa vie ». Signalons que, pour BLEULER, il s'agirait souvent de bouffées schizophréniques presque typiquement oniroïdes et que ces manifestations délirantes ne sont pas le fond de la schizophrénie, mais seulement des symptômes secondaires. Enfin le langage est beaucoup moins atteint que dans les délires du groupe paranoïde ; on n'y constate pas l'apposition progressive de formules à sens personnel, la création de néologismes tenaces. Quelques déformations, ou fusions verbales, comme dans le rêve, sont possibles mais elles n'ont aucune stabilité. Nous croyons même que, quand le langage subjectif et les néologismes apparaissent, dans un cas à étiologie organique évidente (psychose puerpérale par exemple), il faut craindre le passage à la chronicité d'un délire primitivement oniroïde.

e) Enfin la présence d'éléments confusionnels atténués est un argument de valeur en faveur d'un délire oniroïde. Il s'agit surtout de fatigabilité au cours de la conversation, d'amnésie de fixation, de somnolence, d'une minique d'hésitation et d'incertitude dans le contact avec le monde extérieur. Nous soulignons encore une fois la valeur capitale de la coexistence d'onirisme nocturne ou même de cauchemars avec le délire diurne oniroïde.

Quoique ce diagnostic soit dans un certain nombre de cas fort difficile et le pronostic incertain puisqu'une proportion non négligeable de délires oniroïdes passe à la chronicité, la distinction entre les deux groupes nous paraît actuellement

plus que jamais nécessaire. On peut se demander par exemple si la divergence frappante des statistiques de l'insulinothérapie ne tient pas à ce que les disciples trop fidèles de BLEULER, incluent dans les succès de l'insulinothérapie de nombreux délires oniroïdes méconnus qui spontanément auraient guéri.

IX. — EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution des délires à structure oniroïde dépend de deux facteurs : la *cause acquise*, souvent évidente et le *terrain*, mais d'une façon habituelle le premier prime de beaucoup le second ; c'est ce qui explique le caractère aigu ou tout au moins subaigu des troubles et leur fréquente et complète guérison, plus fréquente et plus totale que pour les délires à structure de réalité, étudiés dans la deuxième partie de ce travail, qui eux, s'épanouissent chez des « constitutionnels ». Est-ce à dire cependant que la notion de terrain soit tout à fait accessoire dans les délires oniroïdes ? Certes non, et nous avons souligné au début de ce chapitre qu'un grand nombre de délires d'emblée polymorphes des dégénérés de MAGNAN rentraient dans ce cadre. Nous ne voulons pas faire ici l'apologie du dogme de la dégénérescence, encore moins en faire la base essentielle d'une classification. Mais si nous lui déniions une place nosographique primordiale et remarquons que cette conception trop générale ne satisfait plus le souci actuel d'analyse des faits, nous nous plaisons à reconnaître que la notion de *prédisposition*, de *fragilité*, de *déséquilibre* est elle-même plus satisfaisante, plus exhaustive que la théorie classique des constitutions. Celle-ci a pu paraître la transformation plus exacte de celle-là, en réalité, dans son souci de précision, elle devient trop abstraite et trop spécifique, trop fatale et immuable enfin. La notion de *prédisposition* reste au contraire assez vague et élastique, surtout elle n'est pas fatale et elle peut elle-même varier. Elle reste en somme « dynamique » et admet d'une part l'influence de causes acquises, si importantes dans les délires oniroïdes et, d'autre part, le rôle du milieu, de l'éducation (cette « seconde fécondation » disait MOREL lui-même), des « situation vitales »,

non seulement dans le développement de la personnalité, mais encore dans ses réactions morbides, ainsi que nous y insisterons dans la seconde partie de ce travail.

L'évolution, comme le pronostic des délires oniroïdes, ne sont donc pas uniformes, puisqu'ils sont fonction « de la gravité du cas et de la résistance du sujet ».

1^o Mais la *guérison complète* nous paru une éventualité si habituelle, qu'elle fut le point de départ de notre étude. Cette évolution favorable tient sans doute à ce que les délires oniroïdes sont le résultat d'un *processus organique brutal, paroxystique*, mais de courte durée, jouant un rôle sidératif mais peu destructif, plus dynamique, plus fonctionnel que lésionnel et survenant sur un terrain entaché d'une prédisposition seulement légère. La disparition des troubles est d'ordinaire rapide et complète. Le « mouvement » constitutif et réévolutif est aussi rapide que l'a été le mouvement destructif et involutif, et « sans phases intermédiaires ». Ce délire si riche qui s'est vaguement organisé en quelques jours disparaît également en quelques semaines. Les idées délirantes sont abandonnées l'une après l'autre, en même temps leur « cortège » de troubles psycho-sensoriels s'éteint ; seule la conviction délirante du malade qui a été « d'emblée pleine et entière » devant ce drame intensément vécu par lui, survit au délire complètement ou en partie pendant un certain temps. Elle est bientôt abandonnée à son tour : la guérison est vraiment complète. Beaucoup de malades sont même étonnés d'avoir pu bâtir un roman aussi extraordinaire : « Où ai-je été chercher ça ? s'écrie une de nos malades, ces mots savants : croûtes syphilitiques, ventre en cerceau ?... Je ne suis pas si instruite que ça ! » En outre il n'est pas rare, à ce moment, de constater une amnésie lacunaire, ou tout au moins un souvenir incomplet de certains éléments du délire en voie de disparition, lacune qui signe l'existence de l'élément confusionnel, du trouble de la conscience surajouté ; enfin un certain degré d'obtusion, de « distraction », l'impression d'étrangeté de l'ambiance peuvent persister eux-mêmes pendant quelque temps (observation XII).

2^o Le pronostic est cependant assombri, même dans les cas les plus heureux, par la possibilité de *récidives* : récidives

qui signent la fragilité cérébrale du sujet aux causes exogènes même légères. Elles sont un argument de plus pour les auteurs qui sont d'avis de classer ces délires atypiques dans la psychose maniaque-dépressive. Et cependant « on ne peut pas dire que l'intermittence dans les maladies mentales soit de la périodicité » précisait déjà en 1853 J. P. FALRET, quand il décrit sa Folie circulaire. Et MAGNAN, qui insistait sur la fréquence des récides des délires polymorphes, « délires sans conséquence sinon sans lendemain », les détachait nettement des psychoses périodiques. Cette distinction ne fut pas suivie et « intermittence est devenue, au moins en clinique, synonyme de périodique, et périodique de maniaque-dépressif » ; l'extension exagérée du sens attaché à ce mot — remarque ROUART dans sa thèse (1) — est sans doute une des causes de la difficulté où l'on se trouve souvent de faire le diagnostic d'un état dont l'évolution n'est pas continue ». Certes, des états oniriques ou oniroïdes, au même titre qu'un appoint confusionnel, ne sont pas rares au cours des accès de la psychose maniaque-dépressive et notre collègue ROUART lui-même a fait récemment une intéressante étude sur ce sujet (2). Nous-mêmes publions à la fin de ce chapitre deux observations : dans l'une (observation VII) un état mixte est au premier plan du tableau clinique ; dans l'autre (observation VIII) un délire post-confusionnel d'origine endotoxique alterne avec des accès dépressifs et maniaques purs. De là, il ne faut pas, croyons-nous, généraliser ; nous maintenons que dans la majorité des cas, il ne s'agit pas de psychose périodique et que les récides possibles sont sous la dépendance d'une cause acquise exogène. Nous ajoutons enfin que dans les cas qui font la base de notre travail, nous n'avons pas assez de recul pour traiter plus complètement cette question des récides.

3^o L'évolution des délires oniroïdes n'est pas toujours aussi rapidement favorable. Il n'est pas rare de voir un tel délire *persister* pendant des mois, un an et même davantage.

(1) J. ROUART. *loc. cit.*, p. 74.

(2) J. ROUART. — *Du rôle de l'onirisme dans les psychoses de type paranoïaque et maniaque-dépressif* (Évolution psychiatrique, fasc. IV, 1936).

Après ce temps, on a encore le droit d'être optimiste devant un délire d'apparition brutale et de structure oniroïde ; le bon pronostic, que l'on aura maintenu, restera rarement infirmé. Nous publions trois cas qui guérissent, deux d'entre eux après plus de 9 mois (observations IV et XI) et le 3^e après 4 années (observation VI). Notre maître X. ABÉLY, qui est favorable à la réalité clinique des délires polymorphes et atypiques des déséquilibrés, en a rencontré un grand nombre qui guérissait seulement après 18 mois à 2 ans ; aussi maintient-il un pronostic favorable après un si long temps. C'est également l'avis de M. GUIRAUD qui a insisté sur la longue durée fréquente des « délires complexes symptomatiques », d'étiologie exogène qu'il étudia avec DIDE (1) et qui tout récemment, dans sa belle étude sur les « psychoses puerpérales », signale que « la guérison complète peut survenir après 2 ans et plus de maladie d'apparence très grave » (2).

Dans ces *cas prolongés*, le délire peut rester stationnaire ou s'enrichir un peu d'expériences oniriques nouvelles : habituellement au bout de quelques mois « un calme relatif survient, les idées délirantes par trop invraisemblables s'éliminent », la psychose peut perdre en partie son « aspect paranoïde » et il peut persister un système non pas organisé, entièrement compréhensible et perméable, mais relativement cohérent, « que rien ne peut ébranler ». La guérison s'effectue alors d'ordinaire progressivement ; « la certitude délirante est remplacée par le doute, puis quelquefois par un effort volontaire pour chasser les mauvaises idées ». Ces oscillations de la conviction morbide ont été bien étudiées par RÉGIS puis par DELMAS dans les idées fixes et psychoses post-oniriques d'origine alcoolique. Enfin le malade se déclare lui-même guéri, rectifiant totalement son délire.

Cependant l'évolution n'est pas toujours aussi heureuse. Un tel délire qui se prolonge peut passer à la chronicité indéfinie. Dans ce cas, non seulement il ne progresse pas, mais s'atténue en grande partie. Le malade s'intéresse de

(1) DIDE et GUIRAUD, *loc. cit.*, p. 292.

(2) P. GUIRAUD et C. H. NODÉ, *loc. cit.*

moins en moins à ses idées délirantes, qu'il n'évoque même plus spontanément, peut même mener à l'asile une existence quasi normale, se livrant régulièrement à une activité bien coordonnée. Evoque-t-on le thème délirant, il répond habituellement : « Je n'y fais plus attention », et de fait il abandonne son délire, sans le rectifier jamais. Cette forme correspond assez exactement au « délire à éclipse » bien décrit dès 1910 par LEGRAIN (1). Le pronostic est encore dans ces cas assez rares, relativement favorable ; « l'éclipse », ou abandon de toute activité délirante actuelle, équivaut à une guérison pratique, puisqu'elle peut permettre la sortie du malade et même sa réadaptation sociale.

4^o Mais nous ne voulons pas terminer la première partie de ce travail sur une note trop partialement optimiste. L'évolution des délires à structure oniroïde nous a paru, nous le répétons, dans la grande majorité favorable et nous en rapportons à la fin de ce chapitre douze observations personnelles. Cependant comme l'a dit BLEULER : « les états aigus sont le berceau de nombre de délires » (2) et parmi ceux qui passent à la *chronicité*, une proportion non négligeable persiste sans se modifier beaucoup et peut être alors légitimement classée dans le groupe des états paranoïdes. Il est classique de signaler que l'état somatique s'améliore, que les réactions affectives perdent leur intensité initiale, que le délire prend une allure plus monotone, moins riche, moins éparse, moins dramatique. Nous avons déjà dit qu'il s'agissait là de subtilités et qu'on ne trouve pas alors d'appréciables différences structurales. Peut-être l'apparition de *troubles permanents du langage* : langage subjectif, néologismes tenaces est un meilleur signe de passage à la *chronicité*. Enfin l'évolution de tels délires chroniques primitivement oniroïdes pourra être entrecoupée de nouveaux bouleversements paroxystiques qui seront des « moments d'une extraordinaire fécondité » par les éléments nouveaux qu'ils apporteront au développement du délire.

(1) *Vide supra*, p. 26.

(2) BLEULER. — *Dementia precox oder Gruppe der Schizophrenie in Aschaffenburg* (Handb. d. Psych., Wien, 1911, p. 106).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

(Malade du service de M. le Dr GUIRAUD).

Andréa X..., 23 ans, entre à l'Asile Clinique le 11 mars 1936, avec le certificat de placement suivant :

« *Délire d'influence* à thème érotomaniacque. Syndrome d'autisme mental : répétition des pensées et des dates, ordres imposés, transmission de pensée. Hallucinations auditives : on la force à parler, on lui fait faire des rêves, on la serre continuellement à la gorge à distance. Délire érotomaniacque : un monsieur qui l'a vue une seule fois lui fait des déclarations, il a une fortune colossale, il l'a fait suivre par la police, veut en faire sa maîtresse ou sa femme. Allure floue des thèmes délirants. Réticences. Bizarreries du comportement, sourires discordants, opposition, agitation anxieuse épisodique, *possibilité d'évolution paranoïde*. »

Le Dr GUIRAUD examine avec nous cette malade, à l'Admission, le jour même de son entrée, alors que nous n'avons encore recueilli aucun renseignement sur elle. C'est une jeune femme, brune et pâle ; son attitude exprime l'égarement. Spontanément, avant que nous lui posions la moindre question, elle nous raconte deux *rêves* récents, qui l'ont beaucoup impressionnée : « Deux rêves affreux que C... m'a envoyés... C'est alors que j'ai compris. Le premier : on empoisonnait ma fille et il y avait une guerre. Le deuxième rêve, c'était vivant comme un tableau ; c'était effrayant : j'avais l'air toute triste ; j'étais dans un ménage qui n'était pas le mien ; et j'étais amoureuse de *lui*... par inspiration... par moments... il voulait que je sois sa maîtresse... il y avait un petit garçon de 7 ans, Marcel, qui s'appuyait sur mon épaule. »

Comme nous lui demandons quel est cet homme qui veut faire

(1) Cette observation figure sous le titre : Erotomanie aiguë dans la thèse toute récente de notre collègue G. Ferdière, qui nous a aimablement fourni tous les renseignements complémentaires.

d'elle sa maîtresse, elle nous parle de M. C..., un marchand de meubles, qu'elle a vu une seule fois, en décembre 1935, et qu'elle a trouvé sympathique. La malade extériorise spontanément un délire de persécution et d'influence. Cet homme a une réelle influence non seulement sur elle, mais aussi sur sa fille. « Il s'amuse à nous faire du mal, il nous serre à distance, je ne sais par quel moyen ; il nous serre toutes les deux à la tête, à la poitrine, à la gorge ; la petite pleure et ne peut plus boire ; à moi il me prend le son : je ne peux plus parler... il me fait la transmission de pensées ; je suis le reflet de ses pensées et tout ce que je pense, il le sent. Il est puissant, il me fait surveiller, il m'espionne ; partout où je vais, il le sait ; tout ce que je dis, il l'entend ; c'est effrayant ! Il se sert de la police et ce n'est pas un docteur qui pourra m'en délivrer... Il me travaille le cerveau, la tête ; je perds toutes mes idées ; il voulait m'enlever, m'inspirait de sortir... Nous nous parlons en pensées... Il m'a fait dire des choses que je ne voulais pas dire, il me force à parler et quand je ne parle pas assez vite, il me serre un peu plus ; je dois subir sa volonté ; il me fait faire un film, rire et pleurer ; oui, il a fait de moi une star... Il m'a fait ressentir des symptômes, une jouissance ; j'avais l'impression d'avoir des rapports avec lui... L'attitude des gens autour de moi était changée ; ils savaient qu'il y avait un film, je crois. (Sa voix s'élève à ce moment) : C'est un salaud : il a truqué l'appareil, la balance... la balance des cœurs, de l'amour, la balance pour peser le pour et le contre d'une personne... Avant j'étais à égalité avec lui, quand j'étais amoureuse et que je voulais bien être sa maîtresse et qu'il voulait faire de moi sa femme... Maintenant c'est fini, depuis que j'ai compris que c'était la transmission de pensée, c'est fini. Il m'a trompée... je le hais... Il a persuadé mon mari que j'étais malade, que j'avais une maladie de nerfs... »

A partir de ce moment, la malade reste imperméable à nos questions : elle paraît vivre de nouveau un rêve atroce et éprouver des sensations très pénibles : son visage couvert de sueur exprime l'anxiété, sa respiration s'accélère ; elle ne peut tenir ses bras en place ; ses mains se crispent sur le rebord de la table ; elle s'exprime par phrases rapides, hâchées, souvent répétées. « J'entends la voix... la voix de ma sœur », crie-t-elle. « C'est un salaud, un dégoûtant, un dégueulasse. Il a truqué l'appareil... Il aime les chiennes, il aime les hommes... Il a fait faire une enquête sur moi ; il a su que je n'avais pas de plaisir avec mon mari et que je prenais mon plaisir moi-même ; il savait que je m'aimais et que je faisais des saletés... Il a dit que j'aimais ma fille : je l'aime beaucoup évidemment, mais

pas pour lui faire ces choses... J'ai bien voulu venir ici en consultation ; il m'a persuadée que c'était le film qui continuait... Il continue... Cinq fois j'ai gagné mon alliance ». A plusieurs reprises, elle s'interrompt brutalement puis s'écrie : « Oh ! le chameau, il prend toutes mes pensées. Quel idiot... lâchez-moi, imbécile ». Elle nous explique encore : « Il ne veut pas que je parle ».

Ajoutons que la malade ne présente actuellement aucun élément confusionnel : elle est bien orientée dans le temps et le lieu ; pas d'amnésie. On ne note pas de sourires discordants. La mimique est toujours adéquate aux idées qu'elle exprime.

Examen physique : Facies pâle, terreux ; traits tirés, yeux cernés. Maigreur (44 kilogs). Apyrexie, légère tachycardie. Aux seins : intense pigmentation aréolaire et présence de lait. Rien à signaler à l'auscultation cardio-pulmonaire. Tension artérielle : 12-7 au Pâchon. Réflexes tendineux un peu vifs. Réflexes pupillaires normaux. Pas de catatonie. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Urines sans albumine ni glucose.

Le mari d'Andréa donna à notre collègue FERDIÈRE, les renseignements suivants : Le père de la malade avait 59 ans, quand elle est venue au monde ; il est mort à 75 ans d'une affection inconnue. Mère et six frères et sœurs en bonne santé. Rares maladies infantiles sans gravité : rougeole, végétations adénoïdes. Régulée depuis l'âge de 15 ans, règles irrégulières et insuffisantes. Andréa a reçu une instruction rudimentaire et a vécu à la campagne jusqu'à 13 ou 14 ans ; elle s'est placée ensuite à Orléans comme femme de chambre ; elle est venue à Paris à 18 ans et a travaillé successivement dans un magasin et un restaurant. Depuis son mariage (en 1933) elle s'occupe uniquement de son ménage. Bonne santé ; excès d'aucune sorte. Frigidité habituelle. En 1934, une fausse couche spontanée de deux ou trois mois. En 1935, grossesse normale ; le 19 novembre, accouchement sans complication d'une petite fille ; celle-ci se développe normalement ; elle paraît bien portante, cependant un peu nerveuse. Du 29 novembre au 15 décembre, fièvre en général élevée (jusqu'à 40°9), que le médecin attribue à « des montées de lait ». Par la suite : anémie, anorexie, amaigrissement, céphalées fréquentes. Andréa continue de nourrir son enfant, mais le lait se tarit vers la fin décembre ; les semaines suivantes, elle s'inquiète de ne pas voir son retour de couches et se croit déjà à nouveau enceinte. A ce moment (*fin janvier, début février*), *apparaissent les premiers troubles mentaux* : C'est d'abord un léger état dépressif, si fréquent, comme l'a bien mis en évidence M. GUIRAUD, au début ou au cours des psychoses puerpérales : la malade devient triste,

fréquemment songeuse, pleure souvent ; elle paraît fatiguée et délaïsse son ménage ; tantôt elle éprouve un sentiment d'inquiétude, de méfiance : sortant avec son mari, elle lui assure qu'ils sont suivis dans la rue, qu'on la regarde, qu'on la photographie ; une autre fois, elle prétend avoir rencontré sa mère et sa sœur qui se trouvaient à cette époque en province. Un peu plus tard elle finit par parler à son mari, qui demeurera son seul confident jusqu'à l'internement, de M. C. C'est un fabricant de meubles que, les derniers jours de décembre, elle a vu une seule fois une vingtaine de minutes, n'échangeant avec lui que quelques phrases banales relatives à la commande d'une chambre à coucher et d'une salle à manger. Cet homme l'aime depuis ce moment, veut faire d'elle sa maîtresse, puis son épouse ; il lui fait des déclarations, veut lui acheter toutes sortes de toilettes et lui offrir des fourrures car il a une fortune colossale ; il lui promet aussi des jouets pour sa fille. Il la poursuit et l'arrivera à ses fins ; il l'étrangle enfin « comme quand on veut faire avouer un crime à un criminel ». Elle s'est plainte auparavant d'être étranglée successivement par sa concierge, sa couturière, son boulanger, et même par des sorciers. Tantôt elle maudit M. C., tantôt elle l'adore. Il l'appelle ; elle croit entendre la sonnerie du téléphone, alors qu'il n'y a pas chez elle, ni chez les voisins immédiats, d'installation téléphonique. Elle a elle-même réellement téléphoné deux fois à M. C. ; la première fois, on lui a répondu très aimablement que « M. C. était sorti et rentrerait dans la soirée » ; la deuxième fois, il était lui-même à l'appareil et lui a dit : « Soyez tranquille, on vous livrera la salle à manger ; vous aurez toute satisfaction avec les meubles. » Enfin la malade tint, dit le mari, des propos incohérents à une vieille amie, qui fut grandement effrayée. C'est alors que son mari l'amène à l'hôpital Henri Rousselle, le 6 mars.

Les jours suivants, dans le service du Dr GUIRAUD, où la malade est transférée, elle demande chaque matin sa sortie. Au cours des divers interrogatoires elle insiste toujours spontanément sur ses rêves : « Un rêve assez vague... c'était... je ne me rappelle plus bien... Il y avait un monsieur, je croyais reconnaître M. C. J'étais avec des jeunes filles ; j'étais redevenue jeune fille, vers 16-17 ans ; mais pour moi, cela me semblait drôle... J'étais chez nous, je cherchais une place ; on m'offrait 3.000 francs par mois pour travailler, mais je ne sais pas à quoi exactement ; je me demandais ce que ça pouvait être pour être payé 3.000 francs. Mon amie me disait : « Méfie-toi, c'est peut-être une affaire de traite des blanches ; un de ces jours tu vas te trouver en Amérique du Sud. Tu as peut-être raison de ne pas t'embarquer dans cette affaire ». Puis alors, des

bêtises : J'ai vu un baptême, des costumes, il y avait des dragées, une fête, un groupe de jeunes gens bien costumés. On disait que M. C. était parrain avec moi. » Elle attribue ses rêves aux potions qu'on lui fait prendre le soir. Quand on l'interroge plus précisément sur M. C., elle refuse de répondre : « Ça ne vous regarde nullement, c'est mon affaire » ; puis, comme on lui demande si elle a un sentiment pour M. C. ou pour son mari, elle répond : « En ce moment, je suis prise entre deux feux : mon mari est un homme charmant ; je l'aime toujours, mais je l'aime d'affection plus que d'amour. Nous avons été pendant trois ans un ménage très uni, puis j'ai rencontré M. C. »

Le 18 mars, injection de 3 centimètres cubes d'huile térébenthinée ; ce même jour Andréa demande son sac qui contiendrait des papiers qu'elle serait heureuse d'avoir et des souvenirs d'une amie qu'elle voudrait bien retrouver ; elle a une dette morale envers celle-ci, qui lui a rendu son alliance, qu'on lui avait retirée à son entrée. Comme l'on s'étonne de ne pas voir cette alliance à son doigt, elle répond : « mon amie me l'a rendue par les cris que j'ai poussés. » Un instant après elle déclare bien vouloir retourner avec son mari, « reprendre son alliance ». Quand on lui parle de C... « C'est fini, au moins pour l'instant », dit-elle. Les jours suivants, on note en effet une *amélioration rapide* et très appréciable, portant à la fois sur l'état physique et sur l'état mental. Non seulement la malade abandonne progressivement le thème d'influence à prédominance érotique et érotomaniaque, mais encore les interprétations, les hallucinations ou pseudo-hallucinations, les troubles cénesthésiques disparaissent complètement. Seule la conviction délirante persiste. On ne parvient pas à lui faire accepter l'idée qu'elle a été malade. « Il est inutile de me dire que je suis malade », affirme-t-elle, « je ne le suis pas ». Le Dr GUIRAUD rédige le certificat de quinzaine suivant : « Psychose puerpérale. Délire complexe à thème érotique. Activité imaginative. Transmission de pensée. Hallucinations psychiques et cénesthésiques, onirisme, rêves, reliquat d'onirisme. Grande amélioration, mais persistance de la croyance délirante. » Cependant dès le début d'avril, Andréa rectifie complètement son délire ; elle ne paraît pas réticente. Son comportement dans le service est absolument normal. Ses rêves ne l'inquiètent plus, d'ailleurs elle a toujours rêvé, et rêve moins maintenant.

Elle sort en liberté le 25 avril 1936. Elle écrit le 1^{er} mai au Dr GUIRAUD une lettre très correcte pour le remercier de sa sortie, elle se porte bien, dit-elle, et prépare son départ pour la campagne.

Le 6 août, son mari nous écrit qu'elle va bien ; elle doit même

travailler dans le courant de septembre ; actuellement s'occupe à son ménage, élève sa fille et la soigne très bien. Elle n'est jamais « hizarre ». Le mari s'inquiète seulement un peu « d'une certaine fixité dans le regard de sa femme. »

Cette malade pouvait donc être considérée comme complètement guérie.

Vers la fin d'août, Andréa souffrit de contrariétés très légitimes qui provoquèrent un état dépressif, passant à peu près inaperçu. Au début de septembre, après avoir donné à sa petite fille les soins habituels, elle se jette par la fenêtre ; la mort est instantanée. Il s'agit d'une récurrence sous une forme dépressive avec impulsion-suicide mais — autant que les renseignements recueillis permettent de l'affirmer — on n'avait constaté l'apparition d'aucune idée délirante à structure paranoïde.

OBSERVATION II

(Malade du Service de Monsieur le Dr GUIRAUD)

Madame San., 30 ans, entre à Sainte-Anne le 31 mai 1936, venant de l'hôpital Henri-Rousselle avec le diagnostic suivant : « Psychose hallucinatoire ; idées de persécution et d'influence. Tous ses voisins et sa concierge lui veulent du mal. Syndrome d'automatisme mental : hallucinations psychiques et auditives. — Injures, menaces. — Réflexions désobligeantes entendues à travers les murs ou les planchers — On la traite de « morue » — Echo et commentaires des actes. — On l'empêche de faire correctement son ménage, on se plaint de ce qu'elle fait trop de bruit. Transmission de pensée. Magnétisme. — Envoutement. « Cela vient de sa voisine du dessous qui doit être médium et lui travaille la tête. » Délire simultané de son mari auquel elle est arrivée à faire partager ses convictions délirantes. — Impression d'insécurité dans le logement qu'ils occupaient 128 Rue de... Plaintes au Commissariat. — Réactions anxieuses : abandon de leur domicile par les deux époux pour se réfugier à l'hôtel. Idées de suicide : voulait aller se jeter dans la Seine avec son enfant. — Accouchement récent, sans influence sur l'état mental. Evolution déjà ancienne. (Plus d'un an). »

A l'admission, la malade se présente à nous, calme, un peu inquiète et déprimée. Elle répond avec bonne volonté aux questions et nous fait un récit très détaillé de son délire, dont elle précise exactement le mode d'apparition.

Au terme d'une grossesse normale, elle accoucha à la Maternité le 8 avril 1936 d'un garçon. L'accouchement fut pénible, mais non suivi de fièvre ; l'enfant quoiqu'un peu chétif se portait bien — ; elle ne put l'allaiter par suite de crevasses aux seins, et l'accoucheur lui conseilla de se reposer. Elle quitta l'hôpital le 28 avril, fatiguée et préoccupée seulement d'avoir un enfant qui ne pesait que 2 kg. 900 ; « à la maternité, il y avait de beaux enfants, les doctresses avaient fait des réflexions au sujet de mon petit, de son poids, » dit la malade en pleurant. Rentrée chez elle, elle eut des ennuis avec ses voisins, ceux qui avaient toujours eu de l'animosité contre elle ; il y eut quelques querelles de palier, qui semblent avoir exagéré chez la malade le sentiment d'inquiétude et de méfiance. » Ils se plaignaient que je lavais tout le temps la chambre. Ils voulaient m'en empêcher. Je les ai entendus, la pièce principale du voisin est juste au-dessous, les fenêtres étaient ouvertes... Déjà au premier janvier, ils s'étaient plaint : « Elle n'en finit pas avec son nettoyage. »

Les troubles mentaux éclatèrent brusquement dans la nuit du 19 mai. Hallucinations auditives très nombreuses, mais surtout nocturnes. « Tout ce que je faisais dans la maison était vu par les voisins d'en bas. »

Ils commentaient tous ses actes ; la malade, dans un langage niais, cite des exemples : « Ils répétaient tout : Une fois, j'ai mis un morceau de sucre dans le lait du petit, au lieu d'un et demi, ils m'ont dit qu'il ne fallait en mettre qu'un demi. L'enfant avait le derrière rouge, le Monsieur d'en bas disait à travers le plafond « que le petit a les fesses rouges. » On aurait dit qu'il le voyait. On a crié que j'avais une chambre de garçon, d'autres disaient que c'était une chambre-cuisine. » Ils faisaient des réflexions sur elle-même : « c'est à croire qu'ils me voyaient toute nue, » dit-elle.

Les voisins disent des injures : « chameau, morue », etc... aussi des choses épouvantables sur son enfant. « Que mon enfant ressemble à une momie ; qu'il a le ventre en cerceau, des pattes d'oie ; ses organes sexuels sont beaucoup trop gros, et sa tête petite, son sexe a la forme d'un bol... Oui, à la maternité j'avais entendu dire que l'enfant avait la tête petite, et le sexe gros, mais le médecin avait dit qu'il était normal ». Ils énumèrent aussi tous les ménages de son pays qui ont des enfants rabougris avec des croûtes syphilitiques. — Ils font des réflexions sur sa vie passée, dont ils n'ignorent rien. Ils parlent aussi de son frère qui est en Algérie, de son beau-frère qui est en Afrique Centrale. Ils disent aussi qu'elle trompe son mari « parce que je faisais une trop bonne cuisine, et que ce n'était pas possible avec ce que mon mari gagnait ». Les voisins l'accusent en-

core de rendre son petit malade et rachitique en lavant trop fréquemment sa chambre. Ils la traitent de folle certain jour qu'elle sort sans mettre sa ceinture.

Echo et transmission de la pensée. « Ils répondaient à tout ce que je pensais. » Idées d'influence : Ils la forcent aussi à penser des choses épouvantables. Ils la contraignent à maudire son enfant, aussi la malade se croit-elle magnétisée, envoûtée, il lui semble que « par la médiumnité une volonté supérieure la pousse », que sa voisine d'en dessous lui travaille la tête. Elle a écrit tout ce que ces gens pensaient et « son mari a envoyé tout cela au Commissariat, cela n'a pas dû paraître normal » ; à leur tour les voisines répétaient « tout ce qu'elle lisait et écrivait. »

« Ils me forçaient aussi à faire certaines choses, ils me forçaient à me suicider ; non, je n'ai pas entendu d'ordre nettement, c'était par l'aide du magnétisme. » *Réaction anxieuse*. La malade s'enfuit, épouvantée ; dans la rue se croit suivie continuellement par un taxi, elle entend une voix de femme et une voix d'homme. C'est alors qu'elle a l'idée d'aller se jeter dans la Seine avec son enfant (le 26 mai) ; elle hésite, rentre chez elle ; persuade son mari de quitter cette maison aussi peu sûre pour aller loger à l'hôtel, et l'entraîne quelques jours plus tard au Commissariat, pour se renseigner « si le magnétisme était possible et si la Police pouvait faire cesser ces choses ». C'est alors qu'elle est conduite à Henri-Rousselle « l'enquête n'ayant rien révélé ». On note l'absence d'hallucinations visuelles et de confusion mentale actuelle : la malade est bien orientée, sa mémoire est bonne, elle conserve notamment un souvenir clair et précis des plus petits détails de son délire. Ajoutons que l'examen neurologique est négatif, apyrexie, absence d'infection locale ou générale.

Les renseignements fournis par le mari et les résultats de l'enquête confirment la brusquerie d'apparition des idées délirantes, environ 3 semaines après l'accouchement. Les faits antérieurs, qui ont pu faire suspecter l'ancienneté du délire paraissent tous des faits réels. Discussions de palier, menaces, vexations, réflexions désobligeantes prodiguées à ce couple de débiles, qui furent assez mal accueillis dans cet immeuble, où ils s'installèrent en mars 1935, parce « qu'ils n'étaient pas très silencieux et se levaient tôt. » Ces incidents n'entraînèrent aucune réaction délirante de la part de la malade jusqu'à l'époque de son accouchement.

La puerpéralité semble bien être la cause déclanchante de l'écllosion brutale de ce délire de persécution et d'influence, complexe et tumultueux, très proche de l'onirisme par la prédominance

nocturne de troubles hallucinatoires polymorphes et par le drame de son thème intensément vécu par la malade.

La malade est conduite dans le service du Dr GUIRAUD le 4 juin. Injection de 3 centimètres cubes d'huile térébenthinée, puis Vitamine E. L'évolution vers la guérison est très rapide. Toutes les hallucinations disparaissent dès l'entrée à l'asile, les idées d'influence s'effacent en même temps que l'automatisme psychique et la malade conserve seulement pendant quelques jours la conviction délirante en une persécution mystérieuse de la part de ses voisins, conviction qu'elle rectifie complètement le 14 juin. « J'avais peur pour mon petit, qu'il soit trop petit, parce que les docteurs avaient dit qu'il était un peu faible, mais maintenant je sais que ce n'est pas vrai, dit-elle en souriant ; mais c'est à cause de cela que j'ai cru entendre ces choses épouvantables, au sujet de mon petit. » Et parlant de ses hallucinations : « Où ai-je été chercher ça, ces mots extraordinaires : croûtes syphilitiques, ventre en cerceau... Je ne suis pas si instruite que cela ! »

« Oui j'avais l'impression qu'on me parlait d'en-bas ; la nuit, j'avais même l'impression qu'ils étaient sous mon lit ; mon mari n'entendait rien. » D'ailleurs quand son mari était là, elle n'entendait presque plus rien...

« Je ne crois plus que les voisins aient pu me faire de pareilles misères ; ils ne sont pas si méchants. »

Dans le Certificat de quinzaine M. GUIRAUD conclut à :

« Psychose puerpérale, début par un état de dépression et de méfiance. Thème de persécution d'immeuble, discussions avec les voisins, hallucinations auditives et psychiques, sentiment d'influence, craintes délirantes au sujet de son enfant nouveau-né qu'elle considérait comme déformé. Rectification rapide et presque complète des idées délirantes. Disparition des hallucinations. »

La malade reste seulement pendant quelques jours un peu anxieuse, « craint de retomber malade, éprouve un sentiment de méfiance diffuse : Je ne comprend pas bien tout cela. » Tous ces petits signes s'amendent d'ailleurs rapidement.

Etat général excellent. Réapparition des règles.

La malade *sort guérie* le 13 juillet 1936.

Voici une observation de Psychose puerpérale réalisant un tableau atypique et particulièrement complexe par l'intrication successive de plusieurs syndromes : confuso-onirique, état mélancolique et état hétérophrénocatatonique. L'évolution fut prolongée 6 mois ; la guérison complète.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le Dr GUIRAUD)

M^{me} Ber..., 27 ans, entre à Sainte-Anne le 6 janvier 1936 :

« *Confusion mentale puerpérale*, 15 jours après l'accouchement. Désorientation. Improductivité. Demi-stupeur. Echolalie. Echo-praxie. Négativisme. Mauvais état général. Maigreux (39 kilogs.) (Dr GUIRAUD).

Le mari de la malade nous apprend qu'elle accoucha à terme le 15 décembre dernier d'une petite fille qui se porte bien. Accouchement normal. Déchirure périnéale, périnéoraphie. Pas de fièvre élevée (un crochet thermique à 38°5 pendant un seul jour). Trois jours après l'accouchement, courte phase d'anxiété : elle fait appeler son mari par téléphone, lui dit qu'elle est bien malheureuse à la Maternité. Crise de larmes, « paraissait nerveuse ». La visite de son mari la rassure rapidement. Cependant elle s'alimente mal « parce que la nourriture ne lui convenait pas » ; elle rentre chez elle le 22 décembre : persistance de l'anorexie ; légère obnubilation qui s'aggrave les jours suivants : bientôt la malade ne paraît plus reconnaître les personnes de son entourage ; elle ne répond plus aux questions ; répète seulement à plusieurs reprises les paroles prononcées devant elle. Le 30 décembre, brusquement, « agitation avec hallucinations, refus d'aliments ».

A son entrée et pendant les 15 premiers jours de son séjour dans le service, la *confusion mentale stuporeuse* est le syndrome prédominant. La malade reste dans son lit, indifférente, inattentive ; sub-agitation silencieuse sans turbulence marquée, mouvements continus des mains. Les yeux sont ouverts, le regard absent, tantôt fixe, tantôt mobile. Exhibitionnisme paraissant machinal. *Inhibition*. Suspension de toute initiative idéo-motrice : contemple silencieusement les aliments qu'on lui présente ; elle boit goulument lorsqu'on le lui ordonne. Cependant la malade n'exécute ensuite aucun des ordres donnés, l'examen met en évidence un *négativisme* net qui correspond plutôt, de l'avis de M. GUIRAUD, « au symptôme décrit par KLEIST sous le nom de « *Gegenhalten* », c'est-à-dire : résistance par un mécanisme de contraction musculaire localisée (1). La malade tient la bouche constamment fermée ; elle ne l'ouvre pas au commandement et les efforts du médecin sur le maxillaire inférieur, même imprévus, la malade ayant les yeux fermés, ne réalisent pas l'ouverture de la bouche. Inversement les

(1) Cf. P. GUIRAUD et Ch. H. NODÉ. — *Les Psychoses puerpérales* (in Paris-Médical, 19 septembre 1936).

membres supérieurs obéissent passivement et facilement aux mouvements provoqués, avec anticipation motrice du côté opposé.

La malade reste impassible aux questions. Le *mutisme* est presque total. Mussitation : « Rien, rien, c'est la maîtresse » murmure-t-elle d'une voix presque imperceptible. A un certain moment, la stupeur étant moins accentuée, la malade parle plus distinctement, alors l'*écholalie* est frappante : elle répète quelques syllabes ou les derniers mots des questions qu'on lui pose :

— Comment vous appelez-vous ? « Appelez-vous ».

— Où êtes-vous ici ? « Vous ici ».

— Répétez-le ? « Répétez-le », etc...

Dans la salle, sa voisine de lit parle beaucoup et lentement, M^{me} B. répète alors docilement pendant des minutes tout ce qu'elle dit. On note encore une *échopraxie* très curieuse : si l'interlocuteur fait un geste quelconque, pose la main sur sa tête, touche son oreille, etc., la malade l'imité docilement et silencieusement. Enfin on constate le symptôme assez rare d'*échographie*. Un assistant reçoit au cours de l'examen une quittance à payer et dit à mi-voix : « Ils veulent encore de l'argent, ces bandits », la malade qui était en train d'écrire machinalement et en apparence indifférente au monde extérieur : « J'ai déjà... si personne... n'avait rien... » ajoute : « argent, bandit, bandit, » puis griffonne sur l'observation une longue ligne brisée et tortueuse. Pas d'apraxie, seulement quelque persévération.

Les jours suivants, l'état de stupeur disparaît, mais la confusion reste très marquée. La malade est toujours immobile, prostrée, mais son attitude exprime l'incertitude et l'inquiétude. Elle soupire, promène autour d'elle un regard égaré. Elle paraît s'efforcer de fixer son attention et fait effort pour répondre. Mais la brady-psychie est considérable, les quelques réponses exactes que l'on obtient sont très lentes, monosyllabiques, articulées d'une voix sourde : Elle ne sait où elle est. D. — Etes-vous au ciel ? — R. Non, en enfer. Elle se souvient avoir déjà vu l'interne « à une visite médicale » mais ne sait où, ni quand. Elle est complètement désorientée dans le temps et le lieu. Elle retrouve la date de la mort d'Henri IV, le nom du meurtrier, la moitié de la règle d'accord des participes (la malade est institutrice). Puis, spontanément, dit : « Je n'ai qu'un souvenir, c'est que je n'ai jamais demandé mon destin (à une cartomancienne). Ma famille y croyait, ainsi qu'aux cartes... »

La confusion mentale s'atténue à son tour peu à peu. C'est alors qu'à la fin de janvier, s'installe le *syndrome mélancolique*. La malade est toujours inerte, mais son visage exprime l'anxiété et la tristesse et elle extériorise des idées d'auto-accusation et d'indignité :

« J'ai commis tous les péchés, nous dit-elle, je veux voir Monsieur le Curé pour me confesser... Qu'on m'arrache les yeux, qu'on me brûle la langue, qu'on me coupe la tête » Tentative d'auto-mutilation : elle essaie, maladroitement d'ailleurs et sans énergie apparente, de s'arracher les yeux. « Tout le monde a reçu des dons », dit-elle encore, « don de faire le bien... Moi, j'ai le don de faire le mal, toujours. J'ai su tout le mal, j'ai beaucoup péché ». Suit une énumération de tout ce qu'elle se reproche : spécialement d'avoir trompé son mari avant son mariage, de l'avoir aimé en égoïste, et, pendant son enfance, de s'être livrée à quelques amusements sexuels avec ses compagnes et d'avoir fait des niches à ses maîtresses... Elle a volé, elle a dit tous les mensonges, etc. La malade exprime encore quelques idées fugitives de négation : « Elle est morte, elle a bu de la ciguë, c'est Socrate qui lui a donnée. » Elle refuse de manger par indignité et doit être nourrie à la sonde pendant quelques jours. Elle accuse des illusions ou des hallucinations auditives qui expriment cette tendance à l'auto-accusation par des rappels exagérés des fautes anciennes. « J'ai ramassé toutes ces idées qu'on m'a jetées. On me les donne. Ce sont des *voix* que j'entends ; voix des voisines à droite et à gauche » ; et aussi des menaces de supplice sur la terre et en enfer. On lui dit également que sa fille est morte, qu'elle est en enfer.

A ce délire mélancolique s'ajoutent quelques idées délirantes qui paraissent beaucoup moins cohérentes, sans liaison logique, exprimées sur un ton sentencieux, émaillé d'expressions grossières dans un langage obscur, parfois métaphorique. Ces idées en apparence discordantes semblent l'expression de l'activité imaginative, comme un *déroutement incoercible de souvenirs*. « J'ai rencontré toutes les mauvaises bêtes, toutes les mauvaises herbes... et je les ai avalées.. » « Ce sont des vérités, chacun sa vie avec la couleur qu'il a choisie ». « La grande Église c'est l'Église de Rome, c'est l'Église du ciel. Et maintenant chacune demande à sa voisine ce qu'il faut pour aller m'attendre. Et maintenant, je suis trop loin... Et cependant ma maman nourrice était une brave femme... Je vous raconterai toute ma vie, mais ça fera du mal aux autres. Parce que chacun croyait en son étoile... » Elle écrit le même jour : « Je suis une enfant trouvée par un matin de septembre perdue devant la porte d'une église et personne n'a pu défaire ce que j'avais fait. La femme la plus fière se serait défaite de ce que vous avez rougi. Eh, eh, M^{me} B., M. H., M^{me} S..., Juliette P... et toutes auraient fait ce que je n'ose plus faire. Toutes m'ont vu la langue où elle est, et sur chacune on lui a fait signe de mettre sur sa poitrine une serviette

blanche comme l'hermine ». Quelques jours plus tard la malade dit encore : « J'ai mangé de la merde, réellement parce que j'étais dans le mercure... C'est la mer morte... » « En Syrie, une cartomancienne m'a dit : vous aurez deux enfants et vous serez riche. »

« Quand j'étais à l'école supérieure, j'ai entendu plusieurs histoires... Au-dessus il y avait une chambre fermée, où il n'y avait personne, je m'y enfermais avec le diable, avec un homme sans doute, habillé de rouge ; « Méphisto ». « Je me le rappelle, à moins qu'on ne me l'ait raconté. »

Au mois d'avril, la malade reste avant tout mélancolique. « Au début, c'était la vraie contrition. Maintenant c'est la certitude de l'Enfer... » « Ça ne va pas, il faut me battre avec un marteau. » Sa vie est finie. Elle désire mourir pour n'y plus penser. « Dieu ne le permet pas ». Elle est « à une hauteur vertigineuse » et « au bord de l'abîme ».

En mai, les symptômes mélancoliques s'atténuent ; la malade paraît au contraire *indifférente*, désinsérée de la réalité. Distraction morbide. Elle accepte que son mari se remarie « il serait plus heureux ». Elle n'exprime aucune idée délirante.

Au début de juin seulement on note une amélioration sensible. La malade paraît transformée tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. Elle exprime bien encore quelques idées mélancoliques : « Mais je me fais encore des reproches », dit-elle — et à la question : Méritez-vous une punition ? Elle répond : « La punition, ce doit être le remords que l'on a ». Mais elle reconnaît qu'elle a été malade, accuse une amnésie presque totale de toute la période confusionnelle, rectifie presque complètement son délire. Elle se souvient d'avoir été anxieuse ; elle a eu « l'impression que la civilisation était au maximum — alors l'homme serait peut-être puni d'avoir été trop loin... presque l'égal d'un dieu. » Elle reconnaît « l'exagération » de ses idées délirantes d'indignité, d'auto-accusation et « l'absurdité » de ses divagations imaginatives. Cependant la malade exprime un sentiment de dépersonnalisation, d'étrangeté du monde extérieur qu'elle éprouva pendant sa maladie, qu'elle éprouve encore actuellement, mais qu'elle retrouve dans ses souvenirs antérieurs et décrit avec précision. « Déjà avant d'être malade, dit-elle, pendant la journée, je ne peux pas expliquer ce que j'éprouvais ; et c'est après que je me demandais : « Est-ce que tu es toi ? » C'était désagréable et je n'avais aucun moyen pour me persuader que j'étais bien moi-même. Je me voyais, je voyais mes mains... non, je ne me regardais pas dans une glace... Il y avait quelque chose que je ne pouvais pas deviner. C'était... de l'ombre.

Ça m'est arrivé trois ou quatre fois. J'ai essayé d'en parler à mes amies, je suis sûre qu'elles ne me comprenaient pas ». Fréquentes illusions de « déjà vu ». Ce sentiment de dépersonnalisation qui fit partie, d'ailleurs inexprimé ou mal exprimé, du syndrome morbide complexe fut un symptôme *isolé* antérieurement à l'accès et lui survit, de nouveau isolé : nous avons noté la disparition des idées délirantes ; ajoutons que le syndrome hébéphréno-catatonique s'est lui aussi complètement évanoui depuis près de deux mois. L'affectivité est normale et adéquate. Ce symptôme ne nous a pas paru caractéristique d'un processus schizophrénique isolé, qualitativement morbide, mais plutôt révélateur du caractère *psychasthénique* de notre malade, ainsi que l'ont bien décrit : KRISHABER, JANET, DUGAS, HESNARD et, récemment, BALVET dans sa thèse, chez les psychonévrosés mais aussi chez des sujets normaux par ailleurs.

L'involution confirma notre pronostic optimiste. L'état physique s'améliora parallèlement à l'état mental après une thérapeutique intensive et prolongée (abcès de fixation, septicémie, antéhypophyse, vitamine E, tréphonyl et pancrinol), et la malade sort *guérie* le 25 juin 1936.

En août, elle écrit à M. GUIRAUD une lettre qui témoigne de sa complète guérison et de laquelle nous extrayons le passage suivant :

« J'ai attendu, pour vous écrire, que la vie de famille m'ait tout à fait reprise. Le fait est que depuis ma sortie, je vais très bien : J'ai bon appétit et reprends goût aux travaux du ménage et du jardin... J'ai, depuis mon arrivée ici, ma petite fille superbe et très sage dont le gazouillis emplit toute la maison et le jardin... »

OBSERVATION IV

(Malade du service de M. le Dr DEMAY)

M^{me} Def..., 25 ans, est l'objet, le 22 novembre 1935, des certificats de placement suivants :

« *Psychose hallucinatoire d'allure paranoïde*. Hallucinations auditives et visuelles : entend parler d'Hitler, du Prince de Galles, voit le Christ, un Archange dans le ciel. Idées d'influence et de persécution incohérentes. On agit sur elle par le magnétisme, la télévision, le téléphone. On veut faire d'elle une espionne et un medium. On installe très haut dans le ciel des doubles miroirs qui reflètent la personne qu'on veut lui montrer. A tenté au dehors de s'enfoncer

des aiguilles dans la tête, se jette par terre. Excitation psychique. Agitation et violences dans le service. A dû être maintenue ».

2^e certificat : « *Psychose paranoïde*. Idées de persécution et d'influence. Hallucinations multiples. Troubles cénesthésiques. Entend des voix ; c'est du spiritisme, du magnétisme, de l'hypnotisme. On imite certaines personnes, on lui commande de se disputer, on l'insulte, on lui parle d'espionnage, d'Hitler, de l'Allemagne, du Roi d'Angleterre, du Prince de Galles, de Jeanne d'Arc. On veut lui faire assassiner quelqu'un comme Gorguloff. C'est un fakir qui doit la poursuivre. Sentait des boules naviguer dans sa tête elle se piquait avec une aiguille pour les faire disparaître. A vu dans le ciel le Christ, un tigre, du feu. On a dû se servir d'un miroir concave et convexe, de magie noire, de télévision. Coups, dans le cœur, déformation de la matrice. Excitation. Frappe le personnel. Lacération. »

La malade est transférée à Maison-Blanche, le 28 novembre. Elle est actuellement plus calme. Subexcitation psychique, légère euphorie. Orientation correcte. Elle précise le mode d'apparition *brutal* des troubles actuels, il y a *9 mois, deux semaines environ après une grippe grave*, accompagnée de fièvre élevée. Auparavant la malade avait dû soigner son mari et son enfant, atteints par la même épidémie, « elle avait eu beaucoup de souci et de surmenage. »

Le début fut vraisemblablement marqué par un épisode onirique fugace. Cette « grippe l'avait laissée tout éternée, elle ne dormait plus, rêvait beaucoup, parlait toute seule. Elle crut avoir la folie de la persécution », mais bientôt elle comprit « qu'il s'agissait de spiritisme ». La malade exprime en souriant des idées confuses d'influence et de persécution, liées à un syndrome hallucinatoire et xénopathique d'agression physique et mentale. Hallucinations auditives multiples, insultantes, menaçantes, un crocodile devait la dévorer ; hallucinations impératives : on lui a ordonné d'aller tuer le Président de la République. Conversations lointaines ; on parlait de sa famille. On lui faisait faire « des pantomimes ». On lui disait qu'elle « était Eve, puis Henri IV, Notre-Dame-de-Lourdes » ; elle « se mettait alors dans la peau du personnage, mais n'y croyait pas », dit-elle. Elle entend de multiples voix d'hommes et de femmes. Son principal persécuteur est un spirite, un fakir qui la poursuit partout, nuit et jour, mais qu'elle n'a jamais pu apercevoir. Hallucinations psychiques : « cet homme pénètre dans sa tête, lui envoie des pensées et la met en communication avec toutes sortes de personnes. » Elle répond mentalement aux questions que le spirite lui pose. Elle soliloque en elle-même. Prise, devinement et écho de la pensée : « on me prenait ma pensée à l'aide d'un miroir », dit-elle ; « dès que

je pense quelque chose je l'entends répéter, je l'exprime après. »

Troubles cénesthésiques multiples : ses yeux se voilent, on lui a également voilé le cœur et changé les entrailles. Elle sent des boules qui lui courent dans la tête. Elle les a piquées avec une aiguille « ce qui a effrayé son mari ». Elle a le corps tout déformé. Hallucinations ou pseudo-hallucinations visuelles. On lui fait voir le Christ dans le ciel, des artistes connus. Au début, elle a vu « des avions tomber en flammes ». Sentait par moment « des parfums de roses ». Systématisation délirante très pauvre : Ce fakir gagne sa vie à ses dépens ; il veut faire d'elle un médium et l'instrument d'un crime. « Tu arriveras à commettre un crime », lui a-t-il répété.

La conviction délirante paraît peu profonde.

Vagues tendances expansives. Satisfaction contradictoire. Débilité mentale. Puérilité. Pauvreté de l'idéation et du raisonnement.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Pas de maladies graves antérieures. Un enfant de 3 ans 1/2 bien portant ; pas de fausse couche. Caféisme (boirait près d'un litre de café par jour). Dénégations d'excès éthyliques.

Assez bon état général.

Pas de signes neurologiques, excepté une diminution des réflexes rotuliens et achilléens. Réactions négatives dans le sang. Anémie légère. Urée sanguine : 0 gr. 30. Dans les urines : traces d'albumine et présence d'urobiline.

La malade fut déjà placée « en observation » à l'asile de V., du 24 juillet au 2 août dernier, et reprise par son mari.

Dans le service, courtes périodes anxieuses (craint de devenir folle, veut partir). Habituellement calme, propre, s'alimente normalement, sommeil normal. A partir du 7 décembre, tout à fait calme. S'occupe régulièrement dans le service. Le 12, on note la disparition complète des phénomènes hallucinatoires depuis une semaine. La malade n'exprime plus aucune idée délirante et les rectifie partiellement. « Elle ne sait pas ce que tout cela veut dire, c'est peut-être un effet de son imagination, elle va tâcher d'oublier tout cela. Elle s'est suggestionnée elle-même. Elle n'est pas folle du tout... peut-être l'a-t-elle été, mais elle ne l'est plus. » Exprime quelques idées de jalousie à l'égard de son mari. Croit encore à la possibilité du magnétisme « puisque c'est une science ».

Certificat de quinzaine. « Atteinte de débilité mentale (pauvreté et puérilité de l'idéation et du raisonnement), présente un état délirant hallucinatoire qui paraît actuellement en voie de régression. Les troubles sensoriels ont disparu et la malade consent à discuter son état. Persistance d'une certaine excitation intellectuelle et de

troubles du jugement, en relation vraisemblablement avec le faible niveau intellectuel. » (D^r DEMAY).

Les jours suivants la malade se montre très calme, s'occupe et n'exprime pas d'idées délirantes. Le 27 décembre elle rectifie complètement les troubles antérieurs. Elle ne croit plus à ces phénomènes qui ont si complètement disparu à l'asile. « J'ai cru que c'était du magnétisme, je ne me rendais pas compte que j'avais le cerveau fatigué », dit-elle.

La sortie est accordée le 12 janvier 1936.

OBSERVATION V

(Malade du Service de Monsieur le D^r Xavier ABELY)

Madame Dur., 46 ans, entre à l'asile de Villejuif le 16 novembre 1934, venant de l'Hôpital Henri-Rousselle, avec le diagnostic suivant : *Psychose hallucinatoire chronique*. Syndrome d'automatisme mental. Hallucinations sensorielles différenciées, auditives, olfactives, cénesthésiques. « Elle est hypnotisée par un médecin. » Idées de persécution à l'égard de son mari. Allégations d'odeur d'éther, d'avions qui lancent des gaz. Accuse « l'invisible ». Idées mégalo-maniaques secondaires. « Je dois être un grand personnage pour que l'on m'attaque ainsi ». Attitude paranoïaque. Réactions agressives dans le service ; excitation, menaces contre le personnel. Sang et liquide céphalo-rachidien normaux. »

2^e CERTIFICAT DE PLACEMENT. — « Est atteinte d'une psychose hallucinatoire. Idées actives de persécution et troubles sensoriels multiples. On lui fait des méchancetés, on la persécute, on la provoque, on la menace. Secousses électriques. Odeurs : Ether, gaz lancés par des avions. Empoisonnements. Accuse « l'invisible ». Suspecte le médecin d'être la cause de tous ses malheurs. Demande à être défendue par « qui de droit ». Anxiété. S'est sauvée toute nue dans la rue. »

A son entrée, la malade est un peu anxieuse et excitée, assez bien orientée ; cependant il persiste un reliquat confusionnel sous forme d'imprécision, de difficulté d'évocation des faits récents. Légère amnésie rétrograde et de fixation. « Elle ne sait pas où elle se trouvait avant d'arriver à Villejuif. Se souvient seulement qu'on l'a

amenée en auto. » Elle ne sait pas bien ce qui s'est passé ces jours derniers ; elle ne se rappelle pas d'avoir été interrogée la veille par l'interne. « J'ai le cerveau pas régulier, dit-elle, Fatigabilité. » Mes idées se troublent... vous me parlez trop. »

La malade exprime des *récriminations* multiples, des idées de persécution assez mal systématisées à base d'interprétation et d'illusions et dirigées spécialement contre son mari, accessoirement contre un médecin et l'entourage. « Son mari s'enivre et la brutalise, il la frappe et a tenté de l'étrangler. » Il a voulu la ruiner, *Idées de jalousie*. Son mari est jaloux, mais c'est lui qui la trompe, il ne l'embrasse jamais, elle a trouvé chez elle des vêtements de femme qui ne lui appartenaient pas.

Il apportait chez lui les objets les plus hétéroclites : Chiffons, ferraille, bas d'enfants. Ce n'est pas elle qu'il vient voir à l'hôpital. Il regarde tout ce qui est autour de lui. Il a été détourné par quelqu'un, mais si elle dénonçait cette femme, elle serait assassinée... sous le couvert du Communiste...

Elle croit que son mari s'est remarié en février 1934, bien qu'ils ne soient pas divorcés. Elle s'est plainte à la Mairie de ses brutalités.

Les voisins, « des gens méprisés de tout le monde » lui faisaient aussi des méchancetés. Elle a cessé son commerce parce qu'on l'ennuyait sur les marchés. « Ils voulaient lui acheter ses coings 10 sous le kilog. » On a pénétré chez elle pendant son absence, « quand elle rentrait, tout était dérangé, on trifouillait dans sa maison. » Disputes avec les voisins. Dans le service « les gens ont encore un peu d'animosité contre elle, on lui envoie des boniments. » Pas de réactions agressives.

Illusions, hallucinations de l'ouïe, thème anxieux, « elle entendait des bruits anormaux », entendait la voix de son mari qui lui disait « cache-toi. » Des voix inconnues parlaient de la guerre, elle entendait des « malices, des boniments », Anxiété. « Elle avait peur de tout ce qui se passait autour d'elle. Elle ne voulait pas aller à l'hôpital parce qu'elle craignait qu'on ne mît le feu chez elle... Elle avait peur d'être assassinée, empoisonnée... »

Chez elle, elle sentait des odeurs bizarres : odeur de bithume, d'éther. On lui lançait des gaz, sans doute des avions dont elle entendait le vrombissement. Les aliments avaient un drôle de goût. C'est pourquoi elle craignait d'être empoisonnée. Vagues idées d'influence fondées sur des troubles cénesthésiques : « Je ressens des courants électriques, des sensations bizarres. J'ai la tête fatiguée ». On a mis ici quelque chose qui la roïge. On agit sur sa pensée.

Ebauche d'automatisme mental. « On répète le contraire de ce que je dis. »

Systématisation délirante ébauchée. Accuse « l'invisible », mais suspecte aussi un médecin d'Henri-Rousselle d'être la cause de ces phénomènes étranges.

La malade nie les idées expansives et mégalomaniques mentionnées dans le certificat de placement.

Par contre, on note de nombreuses illusions et *hallucinations visuelles* actuellement disparues et qui avaient passées inaperçues. La malade disait « qu'on lui faisait des signaux par les étoiles », la nuit comme le jour... elle a suivi ces étoiles... « Chez elle elle a vu des figures, des ombres, on lui a fait voir aussi des fantômes dans le jardin. En rentrant chez elle il y avait de l'eau partout. »

Illusions de reconnaissance et de sosie : Son mari ressemblait tout à coup à l'assassin du Roi de Yougoslavie. Elle a vu aussi un homme qui ressemblait à un Monsieur qui était décédé. « Son mari est venu dans le service danser avec une jeunesse. »

La malade révèle encore *deux épisodes délirants antérieurs* en 1925 et en 1928 dont elle a gardé un souvenir assez précis, et conserve une conviction délirante partielle en la réalité des faits.

« En 1925, elle a eu peur d'un individu qui l'a suggestionnée et hypnotisée. Elle s'en est aperçue par son regard de malignité. C'est depuis cet ennui qu'elle craint « l'invisible ». Reconnaît qu'elle a eu le délire. « J'ai rêvé que j'étais Jeanne d'Arc et que j'avais sauvé la France ». Anxiété, elle avait peur de sa mère. « Ça a duré cinq mois. » En 1928 les voisins disaient du mal d'elle : elle croyait que son mari l'avait envoutée ainsi que sa belle-sœur.

On obtient facilement de la malade l'aveu *d'excès éthyliques anciens*. Cauchemars. On note des stigmates physiques d'imprégnation : hypéreflectivité tendineuse, et atrophie musculaire des membres inférieurs. Tremblement digital. Subictère.

Le Dr ABELY conclut dans le certificat immédiat à un « Syndrome hallucinatoire d'allure subaiguë (hallucinations polysensorielles ; idées de persécution mal systématisées ; anxiété, agitation) ; réflexes tendineux exagérés etc... Ethylisme avéré. »

Dans les jours suivants, disparition rapide des hallucinations visuelles, puis des hallucinations auditives et des vagues idées d'influence. Persistance des idées délirantes de persécution et de jalousie. Son mari la trompe sans doute, elle sait ce qu'elle a à faire. Le divorce n'est pas fait pour les chiens ». Ses voisins lui faisaient des méchancetés, et ici les gens ont toujours un peu d'animosité. On note dans le certificat de quinzaine : « « Accès alcoolique sub-

aigü en voie d'amélioration, disparition de l'onirisme ; croyance persistante dans les idées délirantes de persécution ; idées de jalousie... »

Toutes les idées délirantes disparaissent à leur tour au bout de quelques semaines ; la malade en reconnaît le caractère pathologique et sort *guérie* le 20 février 1935.

L'observation suivante est intéressante par la *longue durée* (4 ans) d'un délire de persécution et d'influence complexe, absurde, mal systématisé, d'origine éthylique et l'extrême difficulté de son pronostic. Ce délire qui, à l'inverse de la plupart des cas que nous avons rapportés ici, avait paru au début d'un pronostic relativement favorable, passa à la chronicité et cependant évolua après quatre années vers la guérison.

OBSERVATION VI

(due à l'obligeance de MM. les D^{rs} MARCHAND et DUCOSTÉ).

M. Pierre-Louis S..., 39 ans, manœuvre spécialisé, entre à l'Asile Clinique le 6 octobre 1932 pour « Alcoolisme chronique. Etat anxieux. Délire hallucinatoire d'influence ».

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Quatre frères bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves. Scolarité médiocre. Instruction tout à fait rudimentaire. Service militaire. A fait toute la guerre sur le front. Blessure à la cuisse gauche par balle. Fracture accidentelle du péroné. Marié depuis 1923. Femme bien portante, qui n'a pas eu d'enfant et n'a pas fait de fausse couche. *Aveu d'excès éthyliques anciens*, depuis 12 ans : cidre, puis 2 à 3 litres de vin rouge par jour, quelques apéritifs par semaine, café arrosé le matin. Buvait moins depuis le mois de février 1932 ; à cette époque troubles digestifs et hépatiques (pituïtes, vomissements, douleurs dans l'hypocondre droit).

Le début des troubles mentaux, qui remonte au mois de juillet 1932, paraît avoir été brutal, par un *épisode onirique fruste*. Le malade qui, depuis quelque temps, dormait mal, avait des « cauchemars épouvantables » avec zoopsie, entend une nuit des injures. A partir de ce moment « il sent une influence sur lui » qui le rend malade. Il se croit hypnotisé ; on agit sur lui, on le suit partout dans la

rue, dans le métro ; enfin on lui parle : insultes, menaces. On l'accuse d'avoir « des mœurs anormales », « on va lui faire son affaire », « on aura ta peau ». On lui disait qu'il était cocu, que sa femme aurait un enfant avec le propriétaire. On le fait, au moyen de l'hypnotisme, passer pour fou. Il entend ces voix distinctement « par les deux oreilles ». Ce sont des voix inconnues, mais « il les reconnaîtra bien un jour ». Ebauche de systématisation délirante : sans doute ses persécuteurs sont des gens qui l'ont connu dans le temps, qui sont jaloux de sa femme. Sa femme elle-même est peut-être complice ; il suppose qu'elle « a fait un contrat pour le vendre à la médecine » ; d'ailleurs il l'a entendu dire. Depuis quelques semaines écho des actes et de la pensée ; exacerbation paroxystique des phénomènes hallucinatoires ; au cours d'un paroxysme, ordres imposés : les voix lui disent qu'il faut faire un crime, qu'il doit s'empoisonner ou tuer sa femme ; alors (le 29 septembre) « une force a armé sa main ». Il a voulu couper le cou de sa femme avec un rasoir, mais dans sa poche il n'a trouvé, à la place du rasoir, qu'un porte-monnaie. « Il ne savait pas exactement ce qu'il faisait »... Alors il voulait s'empoisonner. Sa femme court chercher un médecin, qui fait conduire le malade à l'hôpital Tenon, où il est très agité, halluciné et anxieux et fait une tentative impulsive de suicide (il tente d'enjamber une fenêtre). Il est alors conduit à Henri Rousselle le 3 octobre, puis interné deux jours plus tard.

A l'entrée dans le service, le malade est calme, à peine anxieux, affirme qu'il dort mieux et s'alimente bien. Persistance des hallucinations auditives et de la croyance délirante : il se croit toujours hypnotisé ; on veut « lui faire subir les épreuves des hôpitaux pour se venger ». Notons que le malade n'a jamais eu d'hallucinations visuelles nettes (cependant quelques mois plus tard il affirme avoir cru que l'homme, qui est venu le prendre pour le conduire à l'hôpital, était caché sous le porte-manteau dans sa chambre). Aucun élément confusionnel n'a été noté, aussi bien à Henri Rousselle que dans le service.

Examen physique. Exagération des réflexes rotuliens et achilléens. Réflexes pupillaires normaux, pupilles égales. Tremblement digital, tremblement lingual plus marqué, langue saburrale, foie normal, douloureux à la palpation. Cicatrice sous-trochantérienne gauche. Cal de fracture ancienne du péroné droit (partie inférieure). Réactions sérologiques négatives dans le sang. Urée : 0 gr. 20. Liquide céphalo-rachidien : Tension : 15, albumine : 0,30, réaction de Pandy négative, leucocytes : 0,4. Benjoin : 00000.02220.00000. B.-W. et Meinicke négatifs.

Le 18 novembre, le malade dit qu'il n'entend plus de voix depuis une quinzaine de jours, mais la conviction délirante persiste ; il reste persuadé qu'il a été hypnotisé et suggestionné depuis le mois de juillet et que c'est sous cette influence qu'il a voulu tuer sa femme. Il prétend qu'il fut hypnotisé au moyen « de quelque chose qu'on a mis dans sa boisson ». Les voix qu'il entendait venaient « de la faiblesse du tympan sous l'influence de produits mis dans son vin ». Il est certain d'avoir été suivi dans le métro par des employés de chemin de fer et par « des gens de Bagnolet, qu'il reconnaîtrait certainement. C'est un parti-pris contre lui ». Dans le service le malade est calme, mais protestataire, réclame sa sortie. Le placement volontaire est à cette date converti en placement d'office. Au mois de décembre 1932, apparition brusque, la nuit, de troubles de la sensibilité générale : on lui envoie des courants électriques sur le crâne, le visage et les épaules. Bourdonnements d'oreilles qui l'empêchent de dormir. Il passe sa main dans ses cheveux pour arrêter cela. Les nuits suivantes, « on continue de le travailler », il ne peut dormir. De plus ses persécuteurs recommencent à l'insulter. « On lui dit des grossièretés, à tel point qu'il a dû répondre ». Le malade accuse les infirmiers de l'électriser au moyen « de l'appareil récepteur qui se trouve au centre de la pièce du rez-de-chaussée ». Tendance à l'extension du délire persécutif ; il a entendu il y a quelques mois plusieurs voix qui disaient : « Le Curé de Josselin, de la Trinité et de Saint-Malo... il amènera S... Pierre-Louis dans un asile d'aliénés avec son frère Eugène ». Il se souvient qu'à l'hôpital Tenon les voix qui l'insultaient venaient de dessous le plancher... Les mois suivants exagération des troubles cénesthésiques : « Maintenant c'est même des piqûres plutôt que de l'engourdissement dans les épaules ». Il a ressenti aussi « comme des toiles d'araignées, des bêtes qui couraient sur son corps. » On doit jeter sur lui « de la physique et une sonde. » Insultes perçues non plus par les oreilles, mais par transmission de pensée. Quand il parle, il n'entend plus rien ; quelquefois écho de la lecture. Ordres imposés : on lui dit de marcher ou de s'arrêter ; il obéit ; « parce que sans cela la physique redevient plus forte dans son épaule ». Il est ici, en effet, dans une clinique « médicale » et non dans une clinique traitante ; les médecins et les physiciens font des épreuves sur lui.

Fin février 1933 le délire s'enrichit encore et devient de plus en plus incohérent ; apparition de *néologismes* (qui sont plutôt des pseudo-néologismes de débile) : On lui fait « piliphysique », on le « physioélectrise ». On continue en effet de faire des épreuves « médicales » sur son corps ; ankylose des épaules, au moyen d'une ai-

guille « qui lui tire de la matière et lui en amène d'autre », on lui fait « de la transmission dans les reins ». Prédominance des hallucinations pendant la nuit : sifflements épouvantables dans les deux oreilles, conversations hallucinatoires avec des hommes dont il entend les voix à un mètre de distance ; de plus le malade correspond par transmission de pensée avec des gens qui sont dans le sous-sol et au moyen d'un fil qu'ils lui ont greffé au-dessous du sein. Ainsi ils connaissent toutes ses pensées et tout ce qu'il écrit. Les voix changent de ton, à chaque changement d'équipe d'infirmiers. Ils sont toujours deux à chaque équipe, ils le menacent de mort, et bien que cachés dans le sous-sol, ils le voient très bien, puisque, se retourne-t-il par exemple dans son lit, ils le lui disent aussitôt. Ils font aussi des réflexions désagréables sur sa personne. Le malade lui-même exprime des idées de jalousie et de l'hostilité contre sa femme qu'il accuse de ne pas vouloir le faire sortir ; il refuse alors de la recevoir. En mai, on note une diminution de l'activité hallucinatoire et délirante ; atténuation des troubles cénesthésiques : « il ne sent plus que des petites piqûres, quelques courants dans l'épaule, qu'il peut arrêter au moyen de certains mouvements ». Conviction délirante absolue : Il sait qu'il est suggestionné, influencé, « physiqué », qu'on lui a pris toute sa volonté... il n'a certainement pas une maladie du cerveau. Tout ce qu'il dit est la vérité. Il est certain que dans le service, on a cherché à le faire disparaître, par la loi de 1904, parce qu'« on l'avait accusé de fautes civiles en dehors de la nature ». Le malade reste assez calme, mais inactif, est récriminateur, protestataire, hostile ; harcèle le médecin de demandes de sortie et oblige sa femme — qui se rend parfaitement compte de l'état de son mari — à faire des demandes répétées à la Préfecture. Phases d'excitation passagères, menaces et violences envers le personnel. En septembre, il est trouvé porteur d'un couteau et d'un morceau de glace, soigneusement dissimulés.

Le 29 mars 1934, le malade paraît complètement incohérent : « Les chairs sont devenues tellement dures par les « ondes optisées » qu'il ne reçoit plus rien. Ça ne peut percer qu'à l'état d'énergie ». Ebauche d'idées expansives : « Ça a commencé par une énergie qui lui permettait de soulever un wagonnet de 500 kilogs. Il y a un poste qui l'observe électriquement, ce doit être l'Observatoire, ce doit être des gens de son pays, car ils connaissent son nom, sa vie et celle de ses parents. En outre, on l'insulte continuellement, on lui reproche le beefteack.

Le malade est transféré à l'asile de Villejuif le 7 avril 1934. Il apparaît alors non plus incohérent, mais lucide et réticent. Proteste

contre son transfert, réclame sa sortie, nie systématiquement les idées délirantes et les hallucinations. Il ne présente aucun signe d'affaiblissement intellectuel et se montre capable de discuter pertinemment et de réfuter les questions qui lui sont posées. Les jours suivants le malade reste réticent et cependant avoue quelques idées d'influence et de persécution, et reconnaît qu'il éprouve toujours des rayons, envoyés par l'Observatoire, sur tout le corps, surtout sur les organes génitaux. Le délire persiste toujours aussi actif, sans s'étendre davantage, ni se désagréger, d'ailleurs habituellement dissimulé par le malade. Dans le service S... reste protestataire, mais ne se livre à aucune violence et s'occupe un peu au ménage. Persistance de l'activité quérulante pour sa sortie. Il multiplie les demandes de sortie, fait intervenir un député, puis l'autorité judiciaire. Cet état persiste sans changement jusqu'au mois de mars 1935. Le malade, qui se plaignait de douleurs violentes au niveau de sa blessure de guerre, est alors opéré au pavillon de chirurgie (extraction de la balle dans le fémur gauche). A partir de cette date amélioration de l'état mental, disparition presque complète des hallucinations et des troubles cénesthésiques. Persistance de la conviction délirante, qui paraît cependant s'émousser peu à peu, puis disparaît. Le malade n'a plus aucune idée de jalousie contre sa femme et ne lui marque plus aucune hostilité. Le 19 novembre 1935, le Dr Ducosté rédige le certificat de situation suivant : « Psychose hallucinatoire chronique. Le malade est depuis quelques mois lucide, calme, il corrige son délire et affirme ne plus souffrir d'hallucinations : il s'occupe avec beaucoup de bonne volonté et de régularité. L'amélioration, qui paraît être consécutive à une opération pratiquée en mars dernier, est donc certaine ; cependant il est à craindre que le délire persiste. S. sera mis en observation particulière et un autre certificat sera fourni dans un mois. »

Le 2 janvier 1936, le Dr Ducosté donne cette fois un avis favorable à la sortie du malade. La Préfecture de Police surseoit encore à la sortie, en raison des réactions violentes qu'a présentées le malade avant son internement et du refus de ses frères à le recevoir. La guérison persistant, et le malade ayant une conduite parfaitement normale, une deuxième demande de sortie est faite le 16 avril 1936 : « Psychose hallucinatoire, le malade est calme, lucide, s'occupe régulièrement, a corrigé son délire depuis plusieurs mois. Il peut être mis en liberté ». La sortie est accordée le 23 avril 1936.

En résumé, il s'agit d'un délire xénopathique de persécution et d'influence, complexe, absurde, chez un alcoolique débile, et qui persista pendant quatre ans. Le diagnostic de psychose hallucina-

toire chronique ou de psychose paranoïde pouvait être légitimement porté. Il réalise un bel exemple de psychose hallucinatoire post-onirique bien décrite par DELMAS dans son Rapport au Congrès de Strasbourg (1920) « ce délire secondaire à un accès onirique auditif, délire actuel, en activité, en évolution, en progression... qui brûle les étapes... ». DELMAS insistait justement sur « la possibilité de guérison dans ces cas, même après une longue évolution » (cas de VALLON et BESSIÈRE, ayant persisté pendant 9 ans).

Cependant certains éléments méritent d'être relevés, qui permettraient de ne pas porter un pronostic désespéré : la brusquerie du début par un accès onirique discret, à prédominance auditive ; les paroxysmes délirants alimentés par des épisodes oniriques nocturnes, l'exagération des phénomènes hallucinatoires pendant la nuit, enfin l'étiologie alcoolique nette. L'absurdité, l'absence de systématisation de ce délire chronique alcoolique, les pseudo-néologismes nous paraissent dûs à la débilité mentale du sujet. DELMAS avait également noté la débilité et les troubles graves du caractère comme des causes favorisant la production de tels délires.

OBSERVATION VII

(*Malade du service de M. le Docteur GUIRAUD*)

M^{me} Mél., 39 ans, entre à l'asile Saint-Anne le 12 avril 1936, venant de l'hôpital Henri-Rouselle, avec le diagnostic suivant :

« *Psychose hallucinatoire avec délire d'influence*. Elle est victime d'une cartomancienne qui lui a jeté un sort toute petite. Elle lui fait de la transmission de pensées, lui parle, lui donne des ordres, la prévient qu'elle va commettre des crimes nombreux pour assurer son bonheur. Anxiété. On va l'arrêter. Supplie qu'on la sauve. Demande la protection divine, va trouver des prêtres. Agitation dans le service. Cris. Violences contre le personnel. A dû être maintenue ».

A son entrée dans le service, la présentation de la malade est toute différente : agitation intense, excitation psychique, incohérence des propos. Hallucinations auditives. « J'entends mon père tous les soirs, dit-elle. J'entends Simone qui crie. » Mobilité de l'humeur, tantôt expansive, tantôt dépressive avec anxiété : « Vive de La Rocque ! Vive Blum ! » crie la malade et quelques instants plus tard : « J'ai assassiné deux enfants, deux fausses-couches... » On assassine sa fille. « Je voulais qu'on m'enlève ce sort ». Elle ne ré-

pond à aucune question. L'état physique est très défectueux : faciès tiré, yeux cernés, langue sèche. Elévation thermique : 39°2. On pense à une confusion mentale aiguë d'origine infectieuse avec ébauche d'état mixte.

Cependant l'état physique se relève très rapidement, la température revient à la normale, l'agitation est moindre.

L'interrogatoire de la malade devient possible, et révèle tout d'abord des symptômes confusionnels. Elle est désorientée dans le temps et le lieu : se croit à Lariboisière, ignore la date actuelle et ne sait même pas en qu'elle saison on se trouve. Elle peut seulement indiquer correctement l'année : 1936. Elle croit être ici « depuis la fête de Jeanne d'Arc » puis rectifie... « non depuis huit jours » (en réalité depuis trois jours).

Amnésie lacunaire localisée à son arrivée et aux jours suivants. Par contre le souvenir du début de la maladie est assez bien conservé. « Il y a 8, 10 jours, ça m'a pris comme ça dans la nuit... nous dit la malade. J'ai eu des cauchemars, je voyais du sang partout, des crimes ». On l'avait fait boire beaucoup chez des amis, à l'occasion d'une fête. « Pour s'amuser probablement ... » (habituellement, elle buvait seulement beaucoup de café), puis : « J'ai été malade pendant deux jours... J'avais des maux de tête, j'étais nerveuse... Une nuit j'ai dû crier, on m'a emmenée chez ma mère... je criais toujours... on m'a dit que je ne pouvais être soignée à la maison ». Il y a quelques temps elle avait eu beaucoup d'ennuis avec la société propriétaire de la maison où elle est concierge... On voulait la renvoyer sans raison, pour des questions politiques... Mais elle était très recommandée par des hommes politiques, tout s'est arrangé. Dès qu'elle n'a plus eu d'ennuis, le grand repos l'a rendue malade ; il semble qu'une phase d'inquiétude, de tristesse avec préoccupations hypocondriaques ait précédé l'accident aigu. Elle était dans le désarroi. Tout a disparu. Elle a deux filles Yvette et Jeannine. Mais elle a cru les avoir perdues, et elle le croit encore : « Je n'ai plus de famille, plus de nouvelles, plus rien ».

Enfin la malade reprend les idées d'influence, qui avaient été oubliées pendant l'épisode aigu, mais qui ne se préciseront que les jours suivants et sont actuellement perdues au milieu d'une reviviscence de souvenirs anciens et infantiles, par suite d'un phénomène curieux d'écnésie, exprimés avec volubilité, par phrases hachées.

« On jouait à reconstituer l'histoire de la sorcière pendant son enfance... » « J'ai eu peur depuis l'âge de 10 ans... » Elle avait dix ans et un crime avait été commis quatre-vingts ans auparavant.

Elle a rencontré une sorcière dans un bois... Elle lui a prédit beaucoup de choses qui se sont produites... Sa famille possédait une maison, où le meurtrier avait été caché, ce qui leur a toujours porté malheur. La Sorcière lui a appris que la chaîne devait se défaire en 1914. Puis des souvenirs plus récents paraissent s'intriquer avec cette ancienne histoire : « Le médecin m'a fait une piqûre et m'a donné la lettre pour revenir d'Allemagne... » Il y avait un secret avec une médaille... Elle m'a fait payer 60 francs ces médailles. » Elle a été voir Monsieur l'Abbé qui lui a expliqué. « Il disait Samson... J'étais allée voir le Dr Samson pour les médailles... Ma seconde fille s'appelle Jeannine, mais pour répondre à Samson en rêve, j'ai dit « Simone ». S... S... C'est la clef du secret. Il fallait d'urgence ouvrir ce songe par la lettre S... Toujours la lettre pour me rappeler. » Les jours suivants la malade précise qu'elle est sous le fluide d'une cartomancienne, qu'elle allait consulter régulièrement chaque semaine et qui la guidait par la suggestion, lui faisait les cartes, lui prédisait des choses depuis deux ans, mais elle lui prenait de l'argent...

On note encore des interprétations extemporanées et perplexités au cours de l'examen.

La malade croit en outre que son mari a abandonné la loge. Reliquats d'onirisme. Elle a vu sa sœur et sa fille, « elles avaient voulu lui faire boire quelque chose ». La nuit, elle entend encore sa fille l'appeler. « C'est un rêve, précise la malade, quand je ne dors pas, je n'entends rien ».

Enfin on note encore l'élément maniaque surajouté. Hyperthymie, agitation modérée, volubilité, mobilité de l'humeur. Fuite des idées. Intuitions subites etc...

En résumé il s'agit encore, semble-t-il, dans ce cas d'un délire complexe à thème vague d'influence, utilisant des souvenirs infantiles et des états affectifs plus récents et élaboré sous l'influence d'un état d'excitation maniaque avec éléments confuso-oniriques ayant succédé immédiatement à une courte phase dépressive. Le Dr GURAUD conclut en ce sens dans le certificat de quinzaine : « Est atteinte d'état maniaque dépressif. Début par une phase d'inquiétude, avec état dépressif, préoccupations hypocondriaques ; vagues idées délirantes d'influence. Fusion d'états affectifs actuels avec des souvenirs anciens. Fuite des idées, agitation motrice, insomnie. Actuellement améliorée ».

Disparition rapide de tous les troubles dans l'ordre suivant : signes confusionnels, délire, puis état maniaque et la malade sort guérie le 10 mai 1936, sous réserve d'une récurrence possible.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr DEMAY)

M^{me} Amélie Gr., 39 ans, est internée le 18 juin 1935 par le certificat suivant : « *Psychose hallucinatoire chronique*. Automatisme mental et idées délirantes de persécution certaines, malgré réticence. Mutisme habituel. Aveux difficilement obtenus d'hallucinations auditives, de l'écho des actes et de la pensée. Idées d'empoisonnement. Propos bizarres. Réponses évasives ou à côté. Réclame son enfant. Stéréotypies. Désorientation. Evolution probable vers une démence paranoïde. Trois internements antérieurs (1930-1930-1933). Dernière sortie le 29 avril 1935. Fugue récente de son domicile. Trouvée dans la rue, arrêtait les passants, leur caressait le visage ou les insultait. Au poste, a tenté de frapper un agent ».

Antécédents héréditaires : Grand'père maternel mort aliéné (fut interné à Sainte-Anne). Hérité tuberculeuse paternelle et maternelle : 2 frères morts en bas âge de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. Un fils de 13 ans 1/2, bien portant. En 1920, à la suite de la mort d'un autre enfant (à six mois, bronchopneumonie), la malade fit un état dépressif avec tentative de suicide (asphyxie par le gaz) ; elle fut soignée dans sa famille.

3 internements antérieurs depuis 1930. 1^{er} internement à l'asile de Maison-Blanche du 4 juin au 31 juillet 1930 pour « *confusion mentale hallucinatoire fébrile avec hyperazoturie (1 gr. 24)*. » Agitation motrice, chants, violences ; idées imprécises de persécution. Cet état fut étiqueté dans un second certificat fait deux jours plus tard : *Excitation maniaque*. Début brusque quelques jours plus tôt, la malade croyait que son mari était mort, demandait qu'on l'ensevelît ; rires et chants ; surmenage par suite d'une grave maladie de son mari qu'elle soigna et veilla, s'alimentant insuffisamment. A son entrée, état général précaire. Signes de *Néphrite* : oligurie, pyurie, albuminurie, acétonurie ; tension artérielle : 15-10. Azotémie : 1 gr. 24.

Réaction de Besredka négative, liquide céphalo-rachidien normal, réactions sérologiques négatives dans le sang.

Amélioration des troubles mentaux, parallèle à la disparition des symptômes de néphrite. Sort cependant non guérie, à la demande du mari, le 31 juillet 1930.

Chez elle, reste hébétée, indifférente, son mari la fait hospitaliser de nouveau quelques jours plus tard, le 6 août, à l'Hôpital Henri

Rousselle, où elle reste en observation pendant deux mois. Elle est internée pour la deuxième fois le 16 octobre 1930, avec le diagnostic « *délire de persécution* consécutif à un état confusionnel avec azotémie. Hallucinations auditives (insultes), hallucinations olfactives et gustatives ; troubles de la sensibilité générale. Réticences serrées. Ebauche de systématisation très pauvre : Ce sont les voisins et les infirmières qui lui font tout cela pour l'empêcher de rejoindre son mari et son petit garçon. Excitation par intervalle. Hostilité, violences contre le personnel. Bris de carreaux, velléités de fuite ».

A son arrivée dans le service du Dr DEMAY et pendant tout son séjour la malade garde une attitude très réticente. Dénégations systématiques des idées délirantes et des hallucinations ; se montre indocile ; difficile à diriger, résistante, opposition systématique, réclame puérilement sa sortie. Les symptômes de néphrite ont disparu (absence d'albumine ; urée sanguine ; 0 gr. 27), mais glycosurie (58 grammes par litre). Amélioration, au bout de quelques semaines ; la malade est calme et s'occupe régulièrement. Elle sort, incomplètement guérie, le 22 décembre 1930.

Pendant trois ans, M^{me} G... mène une existence normale, elle travaille régulièrement (lingère dans un hôpital) et n'exprime aucune idée délirante.

3^e internement à l'asile de Villejuif (1) le 8 novembre 1933 pour un accès maniaque typique, consécutif à un épisode fébrile récent avec hyperazotémie (0 gr. 94, le 12 octobre) : Excitation motrice intense. Logorrhée. Cris. Chants. Grossièretés, familiarité. Actes désordonnés, violences. Insomnie. Troubles très marqués du caractère. Gros troubles de l'attention. La malade n'exprime aucune idée délirante. Etat saburral des voies digestives. Apyrexie. Urée sanguine : 0 gr. 35. L'état d'excitation persiste d'une façon permanente pendant une quinzaine de jours. Abcès de fixation le 17 novembre. A partir de la fin de novembre, excitation seulement par intervalles. Le 28 décembre on note que la malade est calme, conserve seulement un peu de mobilité de l'humeur ; propos quelque peu décousus ; méconnaissance de l'état pathologique récent. Passée dans le quartier des malades tranquilles, elle travaille régulièrement au pliage. Le 14 avril 1934 nouvel accès d'agitation avec *anxiété* cette fois ; durée 2 mois. Tout à fait calme à partir du mois de septembre 1934, va régulièrement à la couture, conscience de l'état pathologique antérieur. La malade ne présente plus aucun trouble du caractère, se montre raisonnable, sociable, serviable.

(1) Ces renseignements nous sont communiqués par M. le Dr Rogues de Fursac, que nous prions d'accepter tous nos remerciements.

Le mari de M^{me} G... vient la visiter régulièrement jusqu'en juin 1934, puis cesse complètement ses visites, se bornant à envoyer son fils deux fois par mois environ. En juillet, il informe le Directeur de l'Asile qu'il « laisse sa femme à son malheureux sort, ne pouvant plus vivre avec elle et décline toute responsabilité pour ses faits et gestes dans l'avenir ». Il abandonne le domicile conjugal pour aller vivre avec une autre femme, emmenant son enfant, et conserve seulement son logement — pour le cas où la malade sortirait de l'asile — mais après l'avoir vidé de ses meubles. M^{me} G... est informée par son beau-frère de cet abandon seulement au mois de mars 1935. La malade qui est calme depuis six mois supporte ce choc affectif avec courage ; elle en éprouve beaucoup de peine, se désole surtout d'être séparée de son enfant, mais ne profère aucune menace et accepte d'aller habiter avec sa sœur. Ce traumatisme ne provoque pas de nouvel accès d'excitation. La sortie est accordée le 29 avril 1935.

M^{me} G... reste seulement deux mois en liberté ; elle est placée dans des conditions déplorables, seule, sans ressources, éloignée de son enfant. Brusquement réapparition des troubles mentaux. Scandale dans la rue. La malade est internée pour la 4^e fois le 18 juin 1935 avec le diagnostic de *Psychose hallucinatoire chronique* (certificat ci-dessus). Transférée à Maison-Blanche deux jours plus tard ; le Dr DEMAY fait le diagnostic de « Manie aiguë, loquacité, chants, familiarités, désordre des actes. Variabilité de l'attitude ; parfois mutisme volontaire ; à d'autres moments : attention soutenue... Nie toute hallucination. » La malade ne paraît pas confuse. Apyrexie (pas d'épisode fébrile connu). Amaigrissement (47 kilogs ; 54 kilogs à sa sortie de Villejuif). Azotémie : 0 gr. 45. Urines normales, sans albumine ni glucose, sans acétone ni urobiline. L'agitation tombe au bout d'une quinzaine de jours. La malade se montre alors très réticente, exprime quelques idées de persécution contre son frère et sa belle-sœur, qu'elle accuse d'être la cause de ses malheurs et de l'avoir fait interner. Réponses évasives ou inadéquates. Négativisme. Incurie. Indifférence. Attitude hallucinatoire. Bizarreries du comportement. L'hypothèse d'une démence paranoïde est soulevée, malgré l'accès maniaque récent. Quelques jours plus tard réapparition de l'excitation, gâtisme, violences, propos incohérents. Cet état persiste jusqu'au mois de septembre. A partir de cette époque, la malade se montre calme, propre, sociable, s'occupe régulièrement au ménage et à des travaux de couture. Demande sa sortie, parle souvent en pleurant de son enfant. Elle n'exprime plus d'idées délirantes, nie énergiquement tout phénomène hallucinatoire, ainsi que les idées d'empoisonnement, mais méconnaît l'état pathologique

antérieur. Aucun signe de discordance idéo-affective ; pas d'affaiblissement intellectuel. Elle reçoit avec plaisir la visite de son frère et de sa belle-sœur. Au mois de mai 1936, M^{me} G... reconnaît qu'elle a été malade : « C'étaient les nerfs... J'étais surtout peinée ». Elle assure que son accès d'agitation est consécutif à une dispute avec sa belle-sœur.

Cet état se maintenant depuis plus d'un an, sans rechute, le D^r DEMAY propose la sortie de la malade, le 30 octobre 1936, par le certificat suivant : « Psychose intermittente avec manifestations atypiques au moment des accès d'excitation ; se montre depuis un an parfaitement calme, lucide, se comporte de façon correcte, travaille régulièrement, manifeste des sentiments affectifs envers son enfant. Elle demande avec insistance sa sortie. Son état actuel ne justifie plus son maintien à l'Asile », etc... La sortie est accordée le 10 novembre 1936.

En résumé il s'agit d'un cas complexe et récidivant, constitué tantôt par l'intrication, tantôt par la succession de symptômes confusionnels, ou post-confusionnels et de symptômes maniaques et qui, à deux reprises, en 1930 et en 1935 a pris le masque d'un délire de persécution hallucinatoire mal systématisé, compliqué de quelques signes de la série maniaque (réticence, opposition systématique, en 1930) ; agitation motrice, indifférence, réponses inadéquates, bizarreries du comportement en 1935 qui ont fait envisager l'hypothèse d'une démence paranoïde.

Aujourd'hui la connaissance de l'histoire entière de la maladie nous permet de faire le diagnostic de *psychose maniaque-dépressive* (un accès dépressif en 1930, un accès maniaque pur en 1933, deux accès maniaques atypiques en 1930 et 1935). Cette psychose maniaque dépressive s'est compliquée en effet en 1930 de *symptômes confuso-oniriques* d'origine toxi-infectieuse (poussées de néphrite azotémique). En outre un épisode toxi-infectieux fut la cause déclenchante de l'accès maniaque en 1933, et il est probable qu'un même épisode passé inaperçu fut à l'origine du dernier accès (à l'entrée : urée sanguine : 0,45 ; gros amaigrissement). En tout cas le diagnostic de démence paranoïde doit être à coup sûr écarté ; le pronostic est cependant assombri par la possibilité de *récidives*, d'autant plus que le terrain cyclothymique est compliqué d'une fragilité rénale particulière, elle-même génératrice de troubles mentaux à l'occasion de la moindre infection.

OBSERVATION IX

(Malade du Service de M. le Dr DEMAY)

M^{me} Pons..., âgée de 48 ans, est internée le 30 novembre 1935, par le certificat suivant : « Psychose hallucinatoire. Hallucinations auditives, voix impératives et menaçantes, injures sur son passage, on dit : « la saloperie ; voilà le Conseil d'Etat qui passe ». La sainte Vierge par contre la protège. Elle lui est apparue au milieu des nuages, avec des étoiles filantes et lui a dit : « Repose-toi, tu peux dormir tranquille ». Hallucinations cénesthésiques, allégation d'électricité, de douleurs au cœur, de palpitations. *Système délirant complexe*, fait d'idées de filiation et de grandeur et d'idées de persécution. Pupille de l'Assistance, elle est en réalité Anglaise et doit hériter de trente millions ; on veut capter son héritage. Désigne son persécuteur. Réactions mélancoliques et anxieuses ».

Nous avons interrogé cette malade à son arrivée, à l'Admission de l'Asile Clinique ; elle fut transférée dans le service du Dr DEMAY le 6 décembre suivant. Sa présentation dès l'entrée est correcte, la malade est calme, répond docilement aux questions ; pas de dépression, s'exprime en souriant ; pas d'inhibition psychique. Orientation bonne, aucun syndrome confusionnel.

Antécédents héréditaires : Fille d'une blanchisseuse qui l'abandonne à sa naissance, pupille de l'Assistance.

Antécédents personnels : Pas de maladie grave, tempérament sensible, impressionnable. Une fille née avant son mariage et morte à 8 mois (gastro-entérite) ; pas de fausse-couche. Depuis un an, règles très abondantes. La malade se sentait fatiguée, « anémiée » par des pertes de sang, le mari nous apprend que depuis trois mois environ, elle éprouve un vague sentiment de méfiance, exprime des idées de persécution imprécises. Elle se plaint mais sans insister, que les locataires avec qui elle était jusqu'ici en bons termes, « disent du mal d'elle » ; elle croit comprendre quelques allusions à son sujet ; cependant M^{me} P... restait d'humeur gaie et continuait à s'occuper à son ménage.

A partir du 15 novembre dernier, insomnie et apparition subite des idées de persécution et de l'anxiété : elle se croit suivie dans la rue et espionnée partout, au théâtre, chez elle. Hallucinations auditives : insultes, menaces, voix antagonistes : « les unes lui disaient du bien, les autres lui voulaient du mal ». Réflexions désobligeantes,

moqueries entendues dans la rue à distance : « Elle a un accroc à son manteau ; il y a des enfants à promener au lieu d'un chien. Elle a des ongles noirs et elle ne fait rien, etc... » « Voilà le Conseil d'État qui passe » (son mari est gardien de bureau au Conseil d'État). Un soir la malade allait au théâtre avec son mari, elle entend : « La saloperie ! il faut qu'on la trouve », et quand elle fut arrivée à la porte, la voix dit : « La toilette qu'elle a va avec le théâtre de la porte Saint-Martin ».

Bientôt écho et commentaires des actes ; « on répétait tout ce que je faisais : le matin le propriétaire s'écriait : « elle n'est pas encore éveillée ! » Ordres imposés. « On voyait tout et on me commandait tout chez moi, et j'obéissais ; par exemple la voix disait : « Quitte ton tablier et je l'ai quitté » ; on disait même « il faut qu'elle signe ces papiers ». Plus récemment, à l'hôpital Henri-Rousselle, écho de la pensée. »

Rapidement dans la nuit du 22 au 23 novembre : *onirisme*. « Dans un rêve, j'ai entendu une voix qui disait : « Le Conseil d'État a hérité de trente millions ». Voix menaçante : « Tu seras tuée à telle heure ». Subanxiété. Cependant la malade reste calme et toute la nuit répond tranquillement aux voix qui la menacent, s'efforçant de se disculper : « je n'ai jamais fait de mal à personne, pourquoi me faire du mal à moi ? » Hallucinations visuelles : elle voit des images, des étoiles filantes, « comme si elle montait au ciel », elle voit aussi la sainte Vierge dans les nuages qui l'encourage et lui ordonne « de dormir tranquille ». Troubles cénesthésiques : électricité. Le lendemain, anxiété plus marquée, la malade se calfeutre chez elle, « parce qu'on la voit partout, qu'on va mettre le feu chez elle, puis la tuer ». Elle croit que des policiers sont sous ses fenêtres et vont pénétrer chez elle la nuit suivante. Son mari conduit la malade à Henri-Rousselle ; elle ébauche alors un *délire imaginatif, de filiation et de grandeur*, élaboré au moyen de quelques éléments de l'onirisme nocturne. « Elle croit qu'elle va hériter trente millions et qu'elle appartient à une riche famille anglaise, à qui elle fut ravie dans l'enfance, puis abandonnée à l'Assistance. C'est pour capter son héritage qu'on la poursuit, qu'on l'espionne et qu'on a tenté de la tuer. Elle hésite déjà maintenant à désigner son persécuteur ; elle a seulement soupçonné son propriétaire. Ce délire est d'ailleurs *éphémère* ; à son arrivée à Maison-Blanche, moins de 15 jours plus tard, la malade en parle au passé. Elle ne rectifie pas encore les idées de persécution, ni les phénomènes hallucinatoires antérieurs à l'épisode onirique. Dans le service la malade est calme, serviable, s'occupe régulièrement, dort bien. Deux semaines plus tard, elle revient d'elle-même sur son

état antérieur dont elle reconnaît le caractère pathologique : « Je vois bien que j'étais malade ; jamais personne ne m'a parlé comme je le disais ». Elle reconnaît que son séjour ici était nécessaire et lui fut salutaire.

Certificat de Quinzaine : « A présenté un syndrome hallucinatoire d'apparition brusque et qui paraît avoir actuellement disparu. La malade, qui s'est toujours montrée calme à l'asile, rectifie maintenant les troubles antérieurs et apprécie parfaitement leur caractère pathologique. Sauf complication, pourra prochainement quitter l'asile. (D^r DEMAY).

Les semaines suivantes, M^{me} P... a un comportement parfaitement normal et se trouve très bien, « redevenue ce qu'elle était autrefois » avant la bouffée délirante.

La sortie est accordée le 1^{er} janvier 1936.

OBSERVATION X

(Malade du service de M. le D^r X. ABÉLY)

M^{lle} Arn..., 25 ans, entre à l'Asile de Villejuif le 24 août 1933, venant de l'Hôpital Henri-Rousselle.

Certificat de placement : « Est atteinte d'un état d'excitation psychique avec idées délirantes polymorphes. Depuis un mois raconte qu'elle est momifiée, qu'elle a eu le crâne ouvert et qu'on communique avec elle par transmission de pensée. On lui envoie aussi des odeurs agréables (rose, fougère) et des courants électriques. Reconnaît tout le monde dans le service ; tendances imaginatives, crée un petit roman avec les infirmières, les médecins qui tous sont d'anciennes personnes connues avant l'entrée. Se dit guidée par les savants et les prêtres, elle dirige le monde transformé. Propos mystiques. Déclamations. Violences. Sœur internée à Villejuif. Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine : 0,40, leuco : 0,2 ; benjoin : 00000.22200.00000. Bordet-Wassermann, Meinicke négatifs. » (D^r COURTOIS).

A son entrée, l'excitation psychique sans agitation motrice est évidente, avec quelques symptômes *maniaques* associés à un élément *confusionnel* : Volubilité, loquacité, réponses rapides mais assez souvent inadaptées. Fuite des idées, dispersion de l'attention, expan-

sivité, plaisanteries : « Je suis ici par votre faute, Monsieur, dit-elle au médecin, j'ai besoin d'aller aux water-closets ; je suis dans les souterrains de Villejuif ».

Illusions de fausses reconnaissances : « Elle connaît toutes les infirmières et certaines malades, elle reconnaît aussi l'interne. « Je vous ai vu à Paris, où vous êtes venu me voir »... D. Où ? R. Pas besoin de vous le dire, vous êtes au courant. » Elle est assez mal orientée dans le lieu : « Elle n'est pas certaine d'être à Villejuif... », désorientée dans le temps « ou 37 ou 1907 » et sur sa personne : « Elle ne sait pas si elle est mariée, si elle a des enfants... elle ne sait plus son âge ». La mémoire des faits anciens est conservée, mais la mémoire des faits récents est abolie. Amnésie de fixation. Activité imaginative et intuitive réalisant un *vague roman délirant absurde, fantastique*, à thème prédominant d'*influence*, avec illusions ou hallucinations multiples. « On lui fait de l'électricité, elle est toute raide. Il y a un petit tétard au-dessus d'elle. On lui fait du cinéma ». Inhibition : au cours de l'interrogatoire, s'immobilise soudain et se tait : « Attendez, on me prend mon degré, dit-elle ; l'électricité... » Modification de la notion de temps et d'espace avec ébauche du thème de « fabuleuse vieillesse » : « Elle a vécu 5.933 ans ; elle a passé dans les lieux les plus étranges ». Sentiment d'agression sur l'esprit et le corps et de transformation corporelle : « Mon cerveau s'est ouvert en deux... » Vol de la pensée : « Ils m'ont pris mes idées ». On l'a transformée en momie, on l'a pétrifiée. « Je suis née Vierge et mon grand-père m'a incisée ». On l'ankylose. On lui a changé les yeux comme à sa sœur, « de marrons ils sont devenus noirs... » On l'influence. On devine sa pensée. On s'amuse à lui faire de la transmission de pensée. « C'est une tempête sous mon crâne. »

Ebauche de transitivity. « Elle a connu un jeune homme, tendre comme elle... elle l'aimait ; on les a fait travailler par suggestion ; aujourd'hui « il est devenu une jeune fille comme moi ». Ce fut la cause d'un grand chagrin d'amour.

Vagues idées érotiques. « Le médecin est amoureux d'elle ». Tendances expansives et mégalomaniaques. « Ici, elle est sous l'influence des médecins ; on la rend malade pour prolonger son séjour, mais elle est guidée et protégée par les savants et les prêtres, qui la feront sortir ; alors elle dirigera le monde transformé... »

A ce moment le fléchissement de sentiments affectifs est déjà noté. On lui annonce avec précaution une maladie très grave de sa mère ; la malade a un mouvement de surprise, puis immédiatement parle d'autre chose. Elle ne manifeste aucune émotivité devant la possibilité de la mort prochaine de sa mère. « Elle me disputait tou-

jours », dit-elle. Les jours suivants, le délire persiste, cependant que l'exaltation psychique se calme, les signes confusionnels disparaissent. Par contre un faisceau de symptômes *hébéphréniques* se précisent et dominant le tableau clinique. On trouve notés dans l'observation, à la date du 8 septembre, les symptômes suivants : inactivité, désintérêt ; inaffectivité, hostilité à l'égard de sa mère. Autisme. Ambivalence. Troubles du cours de la pensée : barrages, arrêts, stagnation et égarement de la pensée aboutissant à l'incohérence. Maniérisme. Sourires immotivés et discordants. Opposition, négativisme, mouvements de colère, violences impulsives : lance des assiettes dans le couloir, griffe et frappe les infirmières. Suggestibilité (obéit aux ordres les plus absurdes). Pas de conservation des attitudes. Absence de stéréotypies motrices, absence de transformation du langage : ni formules stéréotypées, ni néologismes.

Une telle association de symptômes typiquement *hébéphrénocatatoniques* jointe à un délire d'influence et de grandeur de structure paranoïde, où domine l'atteinte de la personnalité physique et mentale, fait conclure, dans le certificat de quinzaine, malgré l'atypisme du début particulièrement brusque avec symptôme confusomaniacque chez un sujet jusque-là absolument normal, à un « état schizophrénique avec excitation psychique intermittente, idées d'influence, hallucinations polymorphes, maniérisme, opposition ; inhibition psychique ; insuffisance affective, autisme ».

Ajoutons que l'examen physique ne révèle rien de particulier, si ce n'est un amaigrissement rapide récent et que la sœur aînée de la malade est internée dans le service, depuis 1929, pour Démence précoce typique probablement post-encéphalitique.

Un traitement de choc est, comme il se doit, tenté, et l'évolution vient bientôt infirmer le diagnostic. Les signes d'excitation confusomaniacques sont complètement disparus. Le 11 septembre, pour la première fois, une réaction affective est notée : la malade qui, au cours des visites de ses parents, se montrait tantôt indifférente, tantôt hostile, se jette en pleurant dans leurs bras, les embrasse tendrement et déplore l'absence d'élégance de son costume. Le 22 septembre, elle leur écrit une lettre très affectueuse, dans laquelle elle se déclare guérie et demande sa sortie. Parallèlement l'activité délirante s'atténue puis disparaît. Le 20 novembre, elle reconnaît qu'elle a été malade. « J'étais un peu énervée », dit-elle, et qu'elle a entendu des voix : « Toute une famille me parlait ». Elle rectifie presque complètement son délire, dont elle a conservé d'ailleurs un souvenir assez imprécis, mais garde seulement la conviction qu'elle fut influencée non plus par les savants et les prêtres,

mais par le jeune homme qu'elle a aimé ; elle ne rectifie pas l'action à distance qu'il eut sur elle, mais n'éprouve aucun sentiment d'influence actuelle. L'état général s'est aussi grandement amélioré (la malade a engraisé de cinq kilogs, en deux mois).

Devant une rémission aussi notable, elle est rendue à sa famille à la fin de novembre, toute réserve étant faite quant au pronostic ultérieur.

Il semble qu'aujourd'hui, nous pouvons parler de *guérison*, puisque celle-ci s'est maintenue sans rechute depuis *trois ans et demi*. La malade, qui a rectifié complètement son délire, a repris une existence tout à fait normale dans sa famille, et écrit environ deux fois par an au Dr X. ABÉLY des lettres — la dernière est datée du mois de janvier 1937 — dans lesquelles elle exprime les sentiments les plus délicatement reconnaissants.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Xavier ABÉLY)

Mme P..., 51 ans, entre à l'asile de Villejuif le 21 juillet 1932, venant de l'Infirmierie Spéciale avec le diagnostic suivant :

« Automatisme mental. Hallucinations multiples. Prise et écho de la pensée. Voix à distance. Odeurs. Aliments empoisonnés. Commentaire des actes. Sensations génitales. Est allée se plaindre au Commissariat. Visage rouge. Sans doute voisinage de la ménopause. »

IMMÉDIAT : « Présente depuis plusieurs mois environ un délire de persécution avec hallucinations et interprétations, une concierge qui fait du spiritisme répète tout ce qu'elle fait, menace de la crever ; odeurs, fluide, voix dans l'estomac... Excitation par intervalles avec larmes. Plainte au Commissaire. Laparatomie il y a 30 ans ». (Dr SIMON).

A son entrée dans le service, la malade est calme, mais présente une émotivité et une instabilité de l'humeur assez marqués ; elle pleure au cours de l'examen, sourit à d'autres moments, Sans aucune réticence, elle raconte l'histoire de sa maladie. Depuis *7 mois environ*, elle est *persécutée et influencée* par son ancienne concierge. Elle entendit d'abord des voix dans les oreilles, cela a commencé par des bourdonnements indifférenciés qui l'énervaient, bientôt, elle perçut très nettement des paroles, des injures, d'ailleurs assez rares pro-

noncées à distance par une voix inconnue. Elle sentit des odeurs étranges : par exemple, des œufs achetés frais exhalaient une odeur bizarre. Ces phénomènes impressionnèrent vivement la malade. Elle éprouvait un sentiment d'hostilité vague et avait tendance à interpréter défavorablement l'attitude de son entourage.

Elle eut alors des moments de cafard, d'ennui, et de vagues idées de suicide. Très vite, semble-t-il, elle soupçonna sa concierge, et elle décida son mari à déménager. Mais à peine était-elle installée dans son nouvel appartement, qu'elle entendit la voix de son ancienne concierge et un syndrome d'influence s'installa rapidement. Elle percevait maintenant cette voix « surtout dans la tête, parfois dans l'estomac ». Tout d'abord la concierge lui parla d'autres personnes, puis elle répéta et commenta ses actes. « Elle disait, par exemple, que je faisais mon ménage ». Elle l'injuria et menaça de la « crever ». Cette femme faisait du spiritisme, et par ce moyen lui imposait des pensées et agissait sur son corps, elle lui envoyait des tremblements, un fluide et aussi de vagues sensations génitales. Au début la malade en souriait, mais ces phénomènes persistant, elle alla trouver son ancien concierge. Lors de cette visite, la malade remarqua encore ce fait étrange, « la concierge avait une voix dans l'estomac, et c'est de là qu'elle lui parlait, tandis qu'elle causait avec son mari. »

Elle promit d'arrêter toutes ces choses, mais elle continua. C'est alors que la malade porta plainte au commissariat, et fut conduite à l'Infirmierie Spéciale.

Elle désigne très nettement sa persécutrice et est convaincue de la malveillance de cette femme à son égard, mais on parvient assez, aisément à ébranler sa croyance en la réalité de toutes les hallucinations, en raison de la suggestibilité de la malade et aussi grâce à la disparition de ces phénomènes qui se firent rares à Sainte-Anne et qui ont actuellement complètement cessé. Enfin la systématisation délirante reste très fruste, seulement ébauchée. « Elle faisait ça pour son plaisir et sur moi seule. Peut-être, nous voyait-elle trop unis mon mari et moi ».

Ajoutons que l'on ne retrouve aucun processus décelable à l'origine de ce syndrome. L'alcoolisme est nié. Thyroïdectomie en 1915. Hystéropexie. Léger tremblement digital. Tachycardie = 120 ; pas de signes neurologiques. On retient seulement l'imminence de la ménopause, étant donné l'âge de la malade (51 ans), qui continue cependant à être bien réglée et ne présente ni vertiges, ni bouffées de chaleur.

M. ABÉLY ne manque pas de noter la relative brusquerie du début,

la constitution pour ainsi dire « d'emblée » d'un syndrome xénopathique, l'absence d'extension du délire; l'existence d'un élément mélancolique précoce et assez net alternant avec des épisodes d'excitation (notés dans le certificat de placement) pouvant faire penser à un état mixte fruste; cependant devant la persistance déjà ancienne et la netteté du syndrome en apparence systématisé, l'absence d'idées délirantes polymorphes et de signes « aigus » confusoriques plus ou moins frustes, il conclut, avec quelques réserves à une « psychose hallucinatoire chronique; hallucinations polymorphes: psychiques, auditives, olfactives, gustatives et cénesthésiques; idées délirantes de persécution, thème très pauvre; plainte au Commissariat; absence de réactions violentes; *ménopause pro-chaine.* »

L'évolution confirma rapidement la première hypothèse. Dès le 21 août, un mois après l'entrée, dans un certificat de situation, on note: « Disparition des hallucinations, mais ne rectifie pas complètement son délire. Désigne encore une persécutrice, son ancienne concierge. » Le 3 septembre suivant, la malade *rectifie* complètement ses idées délirantes: « J'ai eu probablement un moment de trouble. Tout cela était impossible. Je n'y comprends rien répète-t-elle, avec l'accent de la plus grande sincérité. Je ne sais pas ce qui m'a passé par la tête. Ma concierge a toujours été très gentille envers moi elle ne faisait pas de spiritisme; rien de tout cela n'a existé ». La sortie est accordée quelques semaines plus tard.

Peut-être paraît-il prématuré de parler ici de guérison, et ne s'agit-il que d'une rémission, au cours d'un délire chronique, rémission si fréquemment observée à l'arrivée à l'Asile, mais dans ce cas, si l'éclipse des symptômes hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires est un fait habituel, la conviction délirante au moins persiste. Au contraire la disparition et la critique aussi complètes du délire chez notre malade nous paraissent être en faveur d'une guérison durable.

OBSERVATION XII

(Malade du service de M. le Dr Xavier ABELY)

M^{me} Fernande B..., 49 ans, entre à l'asile de Villejuif le... 1933, avec le certificat de placement suivant: « Psychose hallucinatoire avec idées de persécution. Hallucinations auditives, entend des injures, des menaces, même dans sa maison, par la T. S. F. Hallucinations

olfactives, odeurs nauséabondes, gaz asphyxiants ; hallucinations gustatives, mauvais goûts dans les aliments. Secousses électriques. Lueurs à sa fenêtre. Idées de persécution contre les voisins qui ont capté l'électricité chez elle, qui menacent les siens, qui essayent d'entrer chez elle. Anxiété par intervalles. Tristesse, bradypsychie, bradykinésie. Asthénie. Insomnie. Anorexie. Sang normal ».

Certificat immédiat. « *Psychose hallucinatoire vraisemblablement chronique.* Idées de persécution. Hallucinations multiples ».

Pas d'antécédents héréditaires directs : un cousin germain interné pour démence précoce, (décédé).

Antécédents personnels. Le père de la malade nous apprend qu'elle fut toujours lente, apathique, « endormie », et pour tout dire un peu débile, cependant elle a été longtemps employée de banque ; ses patrons étaient assez satisfaits de son travail. Il y a 13 ans, tuberculose pulmonaire qui oblige M^{me} B... à quitter sa place. Lésions actuellement cicatrisées ; n'a pas repris son travail par crainte de récédive.

En octobre 1932, épisode fébrile attribué à une intoxication consécutive à une piqûre d'abeille. Cet incident fut suivi d'une *phase dépressive* avec subanxiété, crainte de la mort, qui dura 3 mois. La malade fut soignée dans sa famille. En janvier 1933 elle paraissait tout à fait rétablie ; normale pendant un mois. A ce moment, discussion avec une voisine de palier, discussion qui est la cause immédiate du réveil de l'état dépressif ; sentiment d'inquiétude et de méfiance. Le mari de cette voisine était suspecté de fraude sur la consommation d'électricité. et la malade craint d'être accusée elle aussi, et bientôt se croit accusée. Interprétations dans ce sens de paroles entendues dans la rue. Idées de persécution : ces voisins tentent de pénétrer chez elle et l'accusent de vol pour se disculper. *En juin, paroxysmes anxieux* intermittents, apparitions d'hallucinations multiples, signalées dans le certificat de placement. Hallucinations olfactives gustatives (pas d'idées nettes d'empoisonnement) ; rares hallucinations visuelles ; quelques troubles de la sensibilité générale : secousses dues à l'électricité dans le corps et les jambes ; commotion électrique. Prédominance des hallucinations auditives : injures, menaces, entendues chez elle et dans la rue, les paroles étaient proférées « au moyen d'un appareil de T. S. F., placé tout en haut de la maison ». La malade dit « qu'elle entendait parler sans cesse ». Voix inconnues. Recevait des ordres : « ouvre ta porte », « descends si tu aimes Nini » (Nini c'est l'enfant des voisins). Pas d'écho des actes, pas de devinement de la pensée. Interprétations : la malade était intriguée par le manège qui se faisait dans la rue,

des autos circulaient toute la journée devant chez elle ; des personnes inconnues et suspectes entraient et sortaient sans cesse. Ebauche de systématisation délirante : ce sont les voisins qui ont capté l'électricité chez elle, et par ce moyen lui font toutes ces misères.

Etat dépressif et éléments confusionnels, turbulence anxieuse, se lève 20 fois pendant la nuit pour demander des renseignements ; difficulté d'alimentation. Tristesse de l'humeur, (cependant quelques sourires inadaptés sont notés).

Obtusion, bradypsychie, bradykinésie, dysmnésie, orientation imparfaite.

Dans le service, l'anxiété et son cortège hallucinatoire disparaissent rapidement. Les idées délirantes de persécution, dont le souvenir est assez bien conservé, s'effritent mais ne sont pas rectifiées. « Il s'est passé dans la maison des choses extraordinaires ». Bientôt la malade paraît plus indifférente que déprimée : inertie, tenue négligée ; l'obtusion, la dysmnésie persistent. La malade a une vague conscience de son état : « Elle demande pardon des bêtises qu'elle a faites ». « Elle ne comprend pas assez vite les questions qu'on lui pose ». La possibilité d'un affaiblissement intellectuel est envisagé. L'examen du L. C. R. est négatif. On note le *début de la ménopause* : règles irrégulières depuis son entrée.

Cet état persiste sans changement jusqu'à la fin de septembre. A partir de cette date, amélioration progressive. La malade paraît « se réveiller », demande sa sortie, parle des idées délirantes au passé et commence de les rectifier. Elle reste seulement lente comme elle l'a toujours été, dit son père. La sortie est accordée le 22 octobre 1933.

Pendant trois ans et demi la malade a une conduite tout à fait normale. Elle n'exprime aucune idée de persécution, aucun phénomène interprétatif ni hallucinatoire, elle n'est pas non plus déprimée, et a repris son existence antérieure, s'occupe à son ménage.

Le 2 mars dernier M^{me} B... est internée une deuxième fois dans le service pour un accès identique. Le début des troubles en fut particulièrement brusque et rapide, il y a trois semaines sans épisode dépressif prémonitoire. Les troubles mentaux éclatent comme la première fois, après une discussion avec une parente de la concierge. Quelques heures plus tard le *délire onirique* est constitué. La malade entend des rumeurs dans le quartier, la nuit suivante la maison est tout éclairée, elle voit des lueurs, du rouge « comme des flammes » ; à l'intérieur de la chambre sur les murs des ombres chinoises, une main qui fait un pied de nez. Elle voit également sur le mur un grand portrait de sa mère « plus grand que le vrai portrait qui

d'ailleurs ne se trouve pas à cette place : « C'était bien un portrait, l'image n'était pas animée. » Elle entend également « un tas de choses dans la cave, du bruit comme si on limait. Il devait y avoir toute une bande ». Des hommes parlaient entre eux : « Nous sommes venus mettre ici nos empreintes digitales » dit l'un ; « on peut faire sauter des maisons à distance », dit un autre. Elle perçoit des coups comme du télégraphe morse, et s'étonne que son mari n'entende rien. Dans la journée elle entend un tapage infernal comme si toute une troupe passait sous ses fenêtres, elle croit qu'on fait « des exercices dans le quartier ». Dans la rue, les passants la regardent en se moquant. Certains font des gestes ; un monsieur par exemple passe la main sous son menton : il fait le geste de lui couper la tête. Elle entend au loin des paroles, assez indistinctes, « je ne comprenais pas et je ne me rappelle pas bien », dit-elle. Elle a entendu dans l'escalier des gens qui accusaient son mari, employé au Crédit Lyonnais, d'avoir volé. Quelques troubles cénesthésiques. Hallucinations olfactives : odeurs de soufre, puis parfums. Elle a peur surtout pour son mari, pour ses frères, craint qu'ils ne soient tous fusillés.

A son entrée la malade est encore à la fois légèrement déprimée et confuse : obtusion, bradypsychie, réponses lentes, pénibles, retardées : orientation correcte, dysmnésie. Tristesse (sans idées d'auto-accusation, ni idées de suicide). L'examen physique n'apporte aucun renseignement intéressant : facies atone, léger tremblement digital, état sabural des voies digestives ; apyrexie. Ménopause il y a un an. Cet état onirique persiste pendant une quinzaine de jours. La nuit, la malade voit encore quelques lueurs « plus claires », elle sent encore quelquefois de bonnes odeurs, mais surtout elle entend fréquemment qu'on l'appelle, on crie « Fernande » « petite sœur ». La nuit une voix lui ordonne de monter au « cabinet Directorial » elle entend aussi des disputes et mille allusions à sa vie passée, on parle aussi de ses frères ; une infirmière profère même des grossièretés à l'égard de l'un d'eux. Mais on ne lui fait plus de menaces ; l'anxiété s'atténue progressivement. Les premiers jours la malade est turbulente, se lève quand elle croit entendre son nom, et doit être maintenue ; après quelques jours elle reste tranquillement dans son lit. « J'ai encore un peu peur de tout, dit-elle, mais beaucoup moins, bien que je sache qu'on ne me fera pas de mal. « Maintenant, c'est mieux dit-elle encore, mais je crois que je suis dans un sale pétrin ». L'obnubilation s'atténue, le récit de la malade est plus animé. Elle reste assez inerte, le facies atone, mais ne paraît pas déprimée et n'exprime aucune idée délirante de teinte mélancolique. Bientôt elle demande à s'occuper un peu.

Le Dr X. ABELY résume très exactement le syndrome mental que présente cette malade dans le certificat de quinzaine. « *Psychose hallucinatoire subaiguë* avec hallucinations auditives, olfactives, cénesthésiques, visuelles ; illusions, interprétations, idées délirantes de persécution élémentaires, mal systématisées, modification du monde extérieur, obnubilation, dysmnésie, subanxiété intermittente, agitation modérée. Amélioration, accès antérieur identique ».

Le 25 mars l'amélioration se poursuit, la malade est calme, dort bien, s'occupe à des travaux de tricot. L'obnubilation a à peu près disparue. Aucun trouble mnésique. Pas de dépression appréciable. La malade croit seulement entendre quelquefois encore son nom au loin, dans la journée, jamais pendant la nuit. La conviction délirante est elle-même déjà très ébranlée.

En résumé ce second accès paraît devoir être plus fugace que le premier et il nous semble qu'un pronostic entièrement favorable puisse être porté.

DEUXIÈME PARTIE

LES DÉLIRES ET LES IDÉES DÉLIRANTES A STRUCTURE DE RÉALITÉ

Le deuxième groupe de malades qui sont souvent internés avec le diagnostic *Délire de persécution* et dont l'évolution est cependant curable, se présente en clinique d'une façon très différente de celle du premier groupe. Alors que, chez les premiers, comme nous l'avons montré, la complexité du délire, l'extravagance de ses éléments, le défaut de liaison logique risquent de conduire à une confusion avec les états paranoïdes, chez les seconds — au contraire — le délire se présente avec les caractères essentiellement compréhensibles de logique, de vraisemblance, parfois de systématisation solide qui risquent de les faire ranger dans la catégorie des syndromes dits *paranoïaques* — « paranoïaque » dans son sens le plus restreint habituellement admis, impliquant l'idée d'incurabilité —. Or, ces délires pourront guérir — peut-être pas d'une façon constante, ni toujours aussi complète que ceux qui ont fait l'objet de la première partie de ce travail — parce qu'il s'agit ici d'états constitutionnels et de délires à début souvent insidieux et à évolution prolongée, mais la terminaison par la guérison nous a semblé, chez de tels malades, une éventualité assez fréquente pour qu'il nous ait paru intéressant de les isoler et d'en rechercher les particularités structurales qui permettront de porter précocement un pronostic meilleur.

Pour mettre en évidence les caractéristiques psychologiques des délires que nous allons étudier, il est indispensable

de reprendre le problème de la structure intellectuelle des délires en général.

I. — STRUCTURE INTELLECTUELLE DES DÉLIRES EN GÉNÉRAL.

Quand on parle de délire, on sous-entend évidemment une construction intellectuelle de caractère pathologique. Nous entendons naturellement le délire dans son sens d' « Idée délirante », qui s'est dégagé seulement au xix^e siècle de la conception trop extensive des anciens auteurs, qui considéraient le délire comme un trouble général s'appliquant aussi bien à l'activité qu'à l'idéation (délire des actes). Les auteurs classiques, cherchant « à définir ce mot indéfinissable » (GEORGET), ont montré que le délire était avant tout et dans son essence même une *croyance injustifiée* ou un ensemble plus ou moins organisé de croyances injustifiées. Recherchant la différence entre l'erreur de l'homme normal et le délire ils insistent sur ce point que la croyance en l'idée délirante est rebelle à tous les arguments, même les plus convaincants, ne se modifie pas malgré l'accumulation des preuves les plus péremptoires : le délire est *irréfutable*. Comme a dit Max NORDAU : « Un délire se d'agnostique mais ne se discute pas. »

Sans doute ces deux critères sont-ils insuffisants, — ainsi que l'avait déjà souligné RÉGIS, — à caractériser la conception délirante, parce que celle-ci « est loin d'être toujours absurde en elle-même » et que d'autre part, « il est des erreurs plus tenaces encore que le délire ». Pour cet auteur « l'idée délirante se sépare surtout de l'erreur par ses causes et ses conséquences qui lui donnent un caractère pathologique », de plus « elle se présente ordinairement en clinique combinée à d'autres de même nature de façon à former un ensemble plus ou moins homogène d'idées délirantes ». Maintenant nous disons — ce qui revient au même, — que le caractère pathologique du délire réside dans sa *structure* intrinsèque, ou encore que « de l'analyse de sa structure on peut distinguer l'idéation délirante pathologique de l'idéation fausse, avec laquelle elle soutient d'ailleurs des rapports constants et évidents. » (H. EY).

JASPERS, au point de vue phénoménologique, arrive à la même conclusion et s'exprime ainsi (1) : « On appelle d'une manière *très vague* IDÉE DÉLIRANTE, tous les *jugements faussés*, qui possèdent à un degré assez élevé, mais défini sans précision — les trois signes extérieurs suivants : 1^o La *conviction extraordinaire* avec laquelle ils sont maintenus, *certitude subjective* remarquable ; 2^o L'*imperméabilité* à l'expérience et aux réfutations logiques ». Disons tout de suite — avant d'analyser le troisième caractère — que cet auteur insiste un peu plus loin, sur le caractère d'*irréfutabilité* de l'idée délirante : « Dans toute véritable perception trompeuse, on se sent obligé de considérer d'abord l'objet comme réel, — cette expérience de l'obligation, de la contrainte persiste, même après que l'on a corrigé le faux jugement de réalité, à l'aide de l'ensemble de la perception et du savoir. Quand une telle correction est rendue possible par la compréhension de la situation tout entière, mais quand le sujet maintient le faux jugement de réalité malgré la connaissance de ce qui s'y oppose, malgré sa réflexion, sans avoir le moindre doute, et même en atténuant les doutes qu'il avait au début, alors il s'agit d'une idée délirante véritable ; car une telle idée ne saurait être prise pour la conséquence d'une perception trompeuse. Dans l'idée erronée issue de perceptions trompeuses il y a seulement une tendance (ou une certitude tout à fait passagère) à porter un jugement de réalité ; dans l'idée délirante toute hésitation cesse. D'autres facteurs psychiques ont commencé à agir à côté de la fausse perception ». Et plus loin : « Mais pour expliquer le maintien absolu et rigide des idées délirantes, la *conviction* de l'individu surpassant toute connaissance certaine de la vérité, nous devons supposer une transformation de la personnalité que nous ne saurons ni décrire, ni à plus forte raison formuler en concept. Ce n'est pas une certaine « intensité » de l'évidence immédiate qui est caractéristique de ces idées, mais le *maintien* de cette évidence à côté de la réflexion et de la critique. Cela est très net surtout

(1) JASPERS. — *Psychopathologie générale*, 3^e éd., Heidelberg, 1922. Trad. franç. Kestler et Mendousse. Alcan, 1933 (p. 84, etc.).

dans les idées délirantes figées des vieux paranoïaques » (1).

A ces deux premiers caractères : la conviction, l'imperméabilité, JASPERS ajoute un *troisième* : l'*invraisemblance* du contenu. Il établit, en effet, au point de vue de la structure psychologique, une division des délires en *deux catégories*, division que nous avons voulu en partie reprendre, nous plaçant sur le terrain clinique et pronostique : « Cherchons, écrit cet auteur, à pénétrer plus profondément, au delà des signes objectifs et plutôt extérieurs, l'*essence psychologique* des idées délirantes et nous pourrions diviser ces idées en *deux catégories* : les unes se déduisant de phénomènes affectifs ou d'autres expériences : perception trompeuse, étrangeté du monde extérieur accompagnée d'une altération de la conscience, d'une manière qui nous est intelligible ; les autres ne laissant pas deviner de cause compréhensive et constituant par suite, au point de vue psychologique, quelque chose de premier. Nous appelons les premières des *idées erronées* (*Wahnhafte Ideen*), les dernières de véritables *idées délirantes* (*Wahnideen*). Pour ces dernières nous allons essayer de saisir l'état de fait qui en constitue le fond, le point de départ du délire, l'expérience délirante originelle. Mais on ne peut pas réussir à se représenter nettement et d'une façon concrète cet événement si étrange » (2).

ESSAI DE CLASSIFICATION DES DÉLIRES

En effet, parmi tous les délires fondés sur une croyance ou un ensemble de croyances injustifiées et imperméables à l'argumentation, on peut distinguer, au moins pour la commodité clinique *deux catégories* — entre lesquelles existent de nombreuses formes de transition —, suivant que les délires restent ou non insérés dans le réel. Sans doute tout délire étant une association, une combinaison d'idées erronées, de croyances injustifiées, de jugements faux déforme la réalité, mais à des degrés variables : certains altèrent la réalité au point de s'en écarter d'emblée et radicalement, d'être incom-

(1) JASPERS, *loc. cit.* (p. 85 et p. 93).

(2) JASPERS, *loc. cit.*, p. 84.

préhensibles psychologiquement, d'autres deviennent compréhensibles seulement quand on s'est efforcé d'atteindre les expériences pathologiques primaires qui sont à leur base et gardent « toujours en elles beaucoup d'inconcevable, d'abstrait » (JASPERS). A l'opposé, il est des délires d'emblée intelligibles, constitués essentiellement par l'exagération, la cristallisation d'un état affectif, par conséquent trouble morbide, mais « quantitativement » plus que « qualitativement » morbide (1). De tels délires seront non seulement compréhensibles mais encore vraisemblables, « s'expliquant par la personnalité de l'individu et la situation dans laquelle il se trouve » (2). *Ils ne sont pas dans la vérité, mais ils sont dans la réalité.* Ils restent en effet entièrement insérés dans la réalité en ce sens que le récit délirant s'alimente seulement d'incidents banals, quotidiens, dont les multiples épisodes (tels des tracasseries de voisins, des différends avec la concierge, des difficultés de palier) ne s'écarteront pas d'une vraisemblance immédiatement saisissable par l'interrogateur — grâce à leur simplicité même, où ne perce aucune contradiction, aucune impossibilité. De tels délires nous ont paru particulièrement curables ; ils se réduiront, seront critiqués par le malade, après un temps plus ou moins long, d'autant plus facilement qu'ils seront restés « possibles », simples, peu étendus.

Nous voulons opposer les *Délires dans le réel* par leurs deux caractères de réalité et de curabilité aux autres délires seulement compréhensibles plus ou moins immédiatement ou incompréhensibles que nous rangeons dans le vaste groupe des *Délires dans le déréel*.

LA PENSÉE DÉRÉELLE

BLEULER, le premier, a insisté sur le caractère de *déréalité* des délires — au moins de certains — ses délires schizophréniques, qui sont des productions de la pensée autiste. Déjà

(1) BALVET. — *Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde* (Thèse Lyon, 1936, p. 13).

(2) JASPERS, *loc. cit.*, p. 94.

dans son *Traité* (1), il définit les particularités fondamentales de ce mode de pensée (autistisches Denken), MINKOWSKI exposant la théorie de BLEULER, le traduit en ces termes : « La pensée qui ne cherche plus à s'adapter à la réalité et qui au contraire est *détournée* de celle-ci »... et l'oppose à « la forme ordinaire de la pensée, à la pensée réaliste ou empirique (realistisches Denken), qui elle, au contraire, est toujours déterminée par les exigences de la réalité et cherche de ce fait à atteindre en fin de compte, le maximum de valeur pragmatique » (2). Quelques années plus tard, en 1921 (3), il propose de remplacer l'expression « autistisches Denken » par celle de « *dereistisches* » ou « *dereirenkes* Denken ». PICHON (4), le premier, la traduit en français : « pensée déréristique » la définit « la non-acceptation affective de cette réalité par le sujet » et y retrouve les mêmes mécanismes que dans les rêves. BLEULER, dans ce livre, expose longuement les caractères de cette pensée dérèelle, que nous résumerons ici : Il montre tout d'abord que ce mode de pensée n'est pas seulement le propre « de certains états maladiés » mais se rencontre chez le normal : et plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte « quand, par jeu, nous laissons libre cours à notre fantaisie », également dans la mythologie et aussi dans le rêve. BLEULER retrouve dans le mode de production de la pensée dérèelle les différents mécanismes du rêve, lumineusement exposés par FREUD — ce qui conduit DALBIEZ à conclure que « la notion bleulérienne de pensée déréristique est manifestement d'origine freudienne ». Quoi qu'il en soit, « quand notre pensée dérive — écrit BLEULER — on peut ne pas se préoccuper de la réalité : elle se dirige vers des buts donnés par les instincts ou les affects. Pour cette pensée dérèelle la logique des sentiments est caractéristique car elle ne tient pas compte de ses contradictions avec la réalité, ni même de ses contradictions internes ». Cet auteur

(1) BLEULER. — *Lehrbuch der Psychiatrie* (3^e éd., 1920).

(2) MINKOWSKI. — *La schizophrénie et la notion de maladie mentale (sa conception dans l'œuvre de Bleuler)* (J. de Psychol., 1914) ; — *Evolution psychiatrique*, 1925, t. I ; — *La Schizophrénie* (Payot, 1927).

(3) BLEULER. — *Naturgeschichte der Seele*, II^e Aufl., 1932 (p. 147 et seq.).

(4) E. PICHON. — *Revue de Psychanalyse*, 1927, I, n^o 4, p. 773. (cité également par Dalbiez dans sa Thèse, *loc. cit.*, t. I, p. 199).

donne ensuite des exemples : « L'enfant et parfois aussi l'adulte, tout éveillés rêvent qu'ils sont un héros ou un inventeur, ou quelque chose de grandiose ; dans le rêve véritable on peut réaliser des désirs impossibles de la façon la plus extravagante. Le schizophrène qui n'est qu'un simple journalier épouse une princesse dans ses hallucinations vécues. La mythologie fait pondre des œufs par le lièvre pascal, parce que les lièvres et les œufs ont par hasard cette particularité commune d'être sacrés en tant que symboles de la fécondité de l'Ostara » (légende allemande). « Le paranoïde trouve un fil de lin (*Leinfaden*) dans sa soupe, cela démontre ses relations avec Mlle Feuerlein. La réalité qui ne s'accorde pas avec une telle pensée est souvent non seulement ignorée mais encore activement écartée, à tel point que, dans de pareilles circonstances elle ne peut même pas être pensée. Le journalier en tant que fiancé de la princesse n'est plus le journalier mais le maître du monde ou quelque autre grand personnage ». BLEULER montre ensuite que, « dans les formes particulières de la pensée déréelle, en particulier dans les rêves diurnes, il n'y a pas que des absurdités. Les personnages qui apparaissent dans les rêves des gens bien portants portent généralement les traits de plusieurs personnes connues. Une mère parle des pattes de derrière de son enfant, c'est une confusion avec la grenouille (surdétermination de FREUD).

Le schizophrène pense facilement par *symbole* et le symbole est pris ensuite pour la réalité (par exemple : « Je suis la Suisse libre », dit le malade, qui voudrait être libre).

La pensée déréelle réalise nos désirs et aussi nos craintes. Les mythes et la poésie trahissent tous nos complexes. La pensée déréelle a *ses lois propres*. La logique est servante et non maîtresse. Il ne faut pas recourir à des associations pour comprendre la fécondité de la pensée déréistique. Les résultats de cette pensée sont un non-sens pour la logique, mais en tant que réalisation et expression de nos désirs, sève de nos espoirs, symbole de nos complexes conscients ou inconscients, cette pensée apporte comme valeur de vérité une « réalité psychique » qui correspond à nos besoins profonds.

Outre des besoins affectifs il y a des besoins intellectuels, dont nous ne savons pas grand'chose.

La pensée déréelle apparaît donc comme une pensée empirique (*Erfahrungsdenken*). Toutes transitions restant possibles entre des associations presque normales et une fantaisie éperdue.

Dans certaines limites c'est l'indépendance du cours ordinaire de la pensée qui est la condition de l'intelligence. Elle veut trouver de nouvelles voies. Et le rêve de nouvelles situations, les rêves diurnes et autres occupations sont des exercices indispensables pour l'intelligence.

Le contenu et le but de cette activité libre de pensée sont toujours des tendances qui nous intéressent profondément. Il est donc tout naturel qu'on donne une plus grosse importance aux tendances déréistiques qu'aux avantages réalistiques qui peuvent se laisser remplacer, (ainsi : guerre de religion, tabous...). La fantaisie non scientifique est déréelle dans ce sens qu'elle ne s'occupe pas de la réalité (rêves diurnes). La pensée indisciplinée « déréalise » très facilement : l'enfant ne doit pas apprendre à rêvasser ; il doit apprendre à réparer sa fantaisie de réalité. Le mensonge est souvent plus près de lui.

1^o On pense déréellement chaque fois que nos connaissances de la réalité ne suffisent pas et où nous avons le besoin pratique des connaissances pour aller plus loin (Dieu, maladie...).

2^o On pense déréellement quand la réalité paraît insupportable (compensation) : idées délirantes, rêves, états crépusculaires, symboles.

3^o Quand plusieurs représentations ne concordent pas dans le Moi ; il y aurait alors contradiction, mais le sujet ne fait pas de critique (pensée inconsciente, certains délires...).

4^o Enfin dans les formes associatives du rêve, de la schizophrénie quand les affinités de la pensée empirique sont diminuées ; ce sont des associations polarisées par les affects qui prennent le dessus.

Notre besoin de synthèse, qui rendrait insatisfaisante notre position affective devant le contenu de la critique, serait de penser d'une façon uniquement dogmatique. Mais

la logique nécessaire pour aller au fond des choses est une logique apparente ; si c'était une logique vraie, le résultat serait une connaissance et non pas une croyance (ex. le prédicateur, le politicien...).

Or, cette logique apparente ne peut pas être reconnue comme telle par le sujet. La croyance est quelque chose d'individuel. Il n'y a pas de contenus de croyance qui sont généraux, donc transmissibles. Il y a à la base de notre connaissance des croyances (au monde extérieur). Comme formes particulières de la pensée déréelle, il faut mettre la *construction d'idées délirantes*. Le désir et la crainte décident du vrai ou du faux (1).

Par cette longue description, BLEULER s'efforce donc de bien démontrer que les idées délirantes sont des déformations malades de la croyance et non pas seulement de simples erreurs, comme on le prétend souvent. Et sa conception très vaste de la pensée déréelle explique encore l'extension considérable de sa schizophrénie, dans une vaste synthèse qui englobe à peu près tous les délires.

R. DALBIEZ — dans sa thèse — étudiant l'idée directrice de FREUD pour la psychanalyse des rêves, donne également une extension plus vaste encore se peut-il à la « pensée dérésitique », en en faisant le synonyme d' « expression psychique », « puisque le caractère fondamental de ce mode inférieur de fonctionnement psychique est le détachement du réel, l'absence d'objet ». Il oppose cette expression immatérielle, produit de l'activité psychique dégradée à la connaissance, « mode le plus élevé de l'activité psychique, qui s'attache au réel, à l'objet » qui est « réaliste ». Pour cet auteur « le domaine de l'expression psychique englobe : les *délires*, les *obsessions* et *phobies*, les *rêves*, en somme tout ce qui dans la vie mentale ne se ramène pas à la connaissance correcte et légitime. » (2). On retrouve cette conception exprimée à plusieurs reprises dans son importante et si intéressante thèse. Par exemple, quand il démontre que : « la notion

(1) BLEULER. — «... Heisst unsere Wünsche und Befürchtungen zum Richter über Wahr und Falsch machen » (p. 148).

(2) R. DALBIEZ. — *La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne* (T. I. Exposé, p. 199, Desclée de Brower. Paris, 1936).

bleulérienne de pensée déréristique est manifestement d'origine freudienne, dérive en droite ligne de la *Traumdeutung*, M. DALBIEZ écrit : « La pensée schizophrénique est détachée de la réalité que celle-ci soit *extérieure* ou *intérieure*. A l'expression de pensée autistique, mieux vaut donc substituer l'expression de pensée déréristique » (1). Et plus loin : « Toute l'œuvre de FREUD — comme nous l'avons déjà dit à propos du rêve — est consacrée à l'étude de ce que l'on pourrait appeler le *fonctionnement déréristique* du psychisme. A côté de la pensée qui tend à la vérité, il y a la pensée qui se détend, qui rêve, qui joue et qui *délire* » (2).

Enfin dans les conclusions définitives de cet important ouvrage, on trouve encore : « A côté de la pensée supérieure et réaliste, ou plutôt au-dessous d'elle, il y a son sous-produit, la pensée inférieure ou déréristique ; à elle s'applique de plein droit la conception kantienne d'une pensée acognitive et fabricatrice soumise à ses lois propres, qui ne sont point celle de l'objet » (3).

Telle est la *conception la plus extensive* de la pensée déréelle. Nous avons déjà étudié rapidement dans la première partie de ce travail une de ses formes ; la pensée onirique. Notre intention est de la considérer ici, seulement par rapport *aux délires*. Or, à notre avis, tous les délires ne présentent pas les caractères de la pensée déréelle.

II. — LES DÉLIRES ET LES IDÉES DÉLIRANTES A « STRUCTURE DE RÉALITÉ »

Leur opposition aux délires déréels

On trouve dans la *Phénoménologie* de JASPERS, sous une terminologie un peu différente cette restriction, quand cet auteur oppose — au point de vue de « l'essence psychologique » aux « véritables idées délirantes (*Wahnideen*) qui présentent à leur source une expérience pathologique pri-

(1) DALBIEZ, *loc. cit.*, t. I, p. 488.

(2) R. DALBIEZ, *loc. cit.*, t. I, p. 613.

(3) R. DALBIEZ, *loc. cit.*, t. II, p. 512.

maire ou qui exigent pour être expliquées la supposition d'une transformation de la personnalité », (nous reviendrons plus loin à propos des Délires déréels sur ces processus psychiques), quand il leur oppose donc « *les idées erronées* (1) (*Wahnhafte Ideen*) : idées délirantes dont nous pouvons psychologiquement trouver la source en remontant à des *affections*, des *instincts*, des *désirs* et des *craintes*. Nous n'avons pas besoin de supposer une transformation de la personnalité pour les expliquer, nous les comprenons plutôt par *la disposition durable de la personnalité* ou par *un état d'âme passager* ». Parmi les idées erronées JASPERS distingue : « les illusions passagères provoquées par des perceptions trompeuses, etc., les idées mélancoliques ou maniaques (délire du péché, de pauvreté, nihilisme, etc...) et avant tout les idées de surestimation ». Il définit les idées de surestimation en ces termes : « *Des convictions qui reposent sur un état affectif très fort* qui s'explique par la personnalité de l'individu et par sa vie. Par suite de cette forte nuance affective l'individu peut identifier sa personnalité avec son idée, prendre pour une réalité un rôle qu'il s'est faussement attribué. Au point de vue psychologique il n'y a pas de différence entre la poursuite intense d'une idée juste par un savant, l'incarnation passionnée d'une conviction politique ou morale et des idées de surestimation. Par l'emploi d'un tel terme pour désigner ces idées on veut seulement mettre en relief le caractère erroné qui leur est particulier. Les idées de surestimation naissent chez les psychopathes mais aussi chez des gens normaux par ailleurs (dans le délire d'invention, délire de jalousie, délire de revendication, etc.). Il faut les distinguer aussi rigoureusement que possible des idées délirantes véritables. Les idées de surestimation sont effectivement des idées isolées qui s'expliquent par la personnalité de l'individu et la situation dans laquelle il se trouve. Les idées

(1) *Note* : Cette traduction est sujette à caution et à confusion (d'ailleurs les traducteurs ont marqué, semble-t-il, leur hésitation, en mettant en regard de leur traduction l'expression allemande du texte de Jaspers : *Wahnhafte Ideen* et en y insistant par une note au bas de la page, (p. 93). Il ne s'agit pas, à notre avis, de simples erreurs dans le sens usuel, mais d'idées, de croyances qui participent à un délire (*Wahn*). L'expression, proposée par M. Guiraud : *Idee de caractère délirant*, nous paraît excellente.

délirantes véritables ne sont pas les produits d'une cristallisation concentrée autour d'un point, mais elles sont issues d'expériences délirantes, de relations valables seulement pour l'individu, diffuses et problématiques » (1).

Nous avons tenu à reproduire *in extenso* cette longue citation parce que nous avons trouvé dans l'analyse des « Wahnhafte Ideen » de JASPERS beaucoup d'analogie avec nos *Délires dans le réel* dont nous essayerons maintenant de traduire les caractères cliniques en les opposant aux caractères des Délires déréels, et de poser les éléments d'un pronostic relativement favorable.

A. — L'ÉTAT AFFECTIF BASAL.

De tels délires resteront dans la réalité, avant tout parce qu'ils ne seront que *l'expression d'états affectifs de type normal simplement exagérés*. Nous trouvons, en effet, toujours comme source des états instinctifs et affectifs pathologiques — comme à la source de tous les délires d'ailleurs — mais ici, ils ne sont pathologiques que parce qu'ils sont exagérés, rappelant toujours les états affectifs qu'éprouve l'homme normal. Ces malades présenteront tantôt des états d'excitation mentale avec ardeur excessive, enthousiasme, productivité intellectuelle exagérée, activité démesurée ; ils auront l'état mental du maniaque, mais un état mental qui s'exprimera en outre par un thème délirant à tendance expansive, mégalomane si l'on veut, mais sans exagération excessive. D'autres présenteront des états de tristesse, d'inquiétude, d'anxiété ou de subanxiété, qu'ils coloreront également par des constructions délirantes de tonalité dépressive. Dans ces deux cas nous aurons affaire à des délires curables. Il est plus rare, mais non exceptionnel qu'il s'agisse, dans ces cas, d'un véritable délire de persécution, quoiqu'on observera assez souvent l'état maniaque associé à la méfiance et à la récrimination, et également des états mélancoliques avec attribution au prochain des malheurs présents et à venir. Mais les états affectifs, source des thèmes

(1) JASPERS (*loc. cit.*, p. 93-94).

délirants persécutifs sont des états affectifs de méfiance, d'inquiétude, d'hostilité développés soit à la suite d'intoxication endogène ou exogène (en premier lieu l'alcoolisme), soit chez des constitutionnels, qui correspondent en grande partie aux paranoïaques de GENIL-PERRIN et de MONTASSUT, ou bien aux constitutionnels passionnés de DIDE et GUIRAUD ; paranoïaques pour les uns, passionnels pour les autres correspondent à des tendances à peu près superposables, cependant les secondes nous paraissent moins inéluctables et plus extensives. Enfin de tels états affectifs pourront se développer également chez des psychasthéniques, qui sont des paranoïaques hyposthéniques. Nous reviendrons sur cette question du terrain, avec toutes les réserves qu'elle comporte, à propos de l'étiologie de ces délires et des observations. En d'autres termes, le trouble affectif basal est parfois un trouble global de l'humeur, dépressif ou hypersthénique : variation affective *holothymique* ; ou il s'agit plus souvent d'états affectifs liés à certains complexes représentatifs qui sont l'image d'une situation vitale déterminée : variation affective *catathymique* (pulsions affectives inconscientes ou subconscientes rencontrées chez le paranoïaque ou le psychasthénique) selon la distinction faite par BLEULER et soulignée par LACAN dans un chapitre de sa thèse (1).

Quel qu'il soit, cet état affectif prévalent simplement exagéré, point de départ de nos délires dans le réel, est tout différent de l'état cénesthésio-affectif qu'on retrouve toujours à la base des délires chroniques, état morbide non seulement par l'intensité du potentiel affectif, mais encore par son caractère *anormal* — que l'homme sain ne reconnaîtra pas pour l'avoir éprouvé. Et le malade lui-même éprouvera ces éléments cénesthopathiques pénibles comme des phénomènes non personnels, — comme si se développait dans son psychisme un véritable « néoplasme » (2). Il aura des malaises divers, des douleurs vagues, des algies, la sen-

(1) J. LACAN. — *De la Psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* (Thèse Paris, 1932, p. 66).

(2) DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du médecin praticien*, 2^e éd. Masson, 1929, (p. 187, etc.).

sation en un mot de quelque chose de défectueux dans le fonctionnement de son organisme et il s'en étonnera, ne les intégrera pas à sa personnalité comme des malaises naturels mais aura l'impression de douleurs pas ordinaires, mystérieuses, provoquées. Tantôt le trouble cénesthésique est d'ordre plus élevé, plus élaboré dans le psychisme et le malade éprouvera surtout un sentiment d'inquiétude, qui pourrait paraître banal, mais qui bientôt se complique d'un sentiment d'insécurité mentale, prenant le caractère particulier de paraître le résultat d'une action malveillante étrangère. Combien nous sommes loin du sentiment d'inquiétude, de méfiance, d'hostilité de nos délirants « dans le réel », qui reste simple, limité, sans qu'y participe la personnalité tout entière. Chez ceux-ci encore, si la quiétude est troublée, la cénesthésie ne l'est pas, ou s'ils éprouvent des symptômes analogues, ils les reconnaissent comme maladifs ou naturels, ne pensent pas à les attribuer à une malfaisance étrangère. Ils gardent intacts leur moi et leur indépendance au milieu de l'hostilité ambiante. Le délirant chronique au contraire, associe à l'ambiance hostile des gens et des choses, des impressions d'étrangeté du monde extérieur, qui se confondent plus ou moins avec l'impression d'étrangeté de leur monde intérieur, et retentissent sur la notion que le malade a de sa personnalité. Il éprouvera l'impression, bientôt la certitude d'agression directe de son être physique et moral, croyance qui aboutira au sentiment d'influence, d'action extérieure, de dépersonnalisation. Au maximum, la cénesthésie étant atteinte dans sa fonction de synthèse, la notion du moi sera mal réalisée, perturbée ; bien plus, les discriminations fondamentales entre le Moi et la réalité ambiante, le non-Moi, sont profondément altérées. Ces deux mondes paraissent continus, parfois même confondus et identiques, et ce qui est affirmé du monde subjectif, l'est également du monde objectif : étrangeté du monde extérieur, déjà vu, déjà vécu, modifications de la durée. Au maximum le malade éprouve les sensations des autres ou projette sur eux les siennes propres (transitivisme).

En somme tant que le sentiment pathologique d'inquiétude et de méfiance reste, dans son expression intellec-

tuelle, localisé au domaine de la réalité, il donne au malade la fausse croyance d'une agression dans ses relations avec la société, tandis que, quand il prend les caractères de la pensée déréelle, il lui donne la croyance d'une agression directe sur sa personnalité physique et mentale.

Cet état affectif simplement exagéré chez les uns, profondément morbide par l'apposition d'états cénesthésiques anormaux chez les autres, s'exprimera donc sous une *forme intellectuelle* radicalement différente.

B. — STRUCTURE INTELLECTUELLE.

I. *Structure intellectuelle des délires insérés dans la réalité.*

— Il nous faut essayer d'*analyser la structure* intellectuelle de ces délires qui demeurent insérés dans une réalité quotidienne concrète, et qui sont donc *immédiatement* perméables à l'observateur qui, entre de plain-pied dans l'aventure délirante. Certains caractères sont communs à tous les délires dits paranoïaques, d'autres sont propres aux délires insérés dans le réel :

1^o Il s'agit toujours d'un *délire de persécution*. Le thème, en effet se ramène à une formule unique : la réaction persécutrice toujours *évidente* jamais travestie sous le masque de la mégolomanie, l'érotomanie l'hypocondrie, l'auto-accusation, etc., (comme l'est souvent le délire chronique, type délire d'interprétation SÉRIEUX et CAPGRAS). Si l'on désigne ces délires par leur contenu, il s'agira ici de délire de persécution pur, ou d'idées de préjudice, de revendication, quelquefois de délire de jalousie (1), ou encore de délire de dépossession, « d'interrogation douloureuse » (GIRAUD) pouvant aller jusqu'à un sentiment atténué de domination qui ne suppose pas l'emploi de moyens physiques plus ou moins extraordinaires, ni de procédés surnaturels et

(1) CLAUDE et LAGACHE ont récemment montré à quel point la Jalousie s'écartait de l'Érotomanie, la première étant « beaucoup plus réelle, plus près de la paranoïa, la seconde étant plus *déréelle*, plus près de la schizophrénie. » De sorte qu'on ne voit pas la jalousie succéder à l'érotomanie, mais l'érotomanie peut succéder à la jalousie, « cette évolution ayant la signification d'une transformation de la phénoménologie du délire : passage du conflit avec la réalité aux satisfactions autistiques » (Sté de Psychiatrie, 26 mars 1936 et Am. P. juin 1936, p. 70).

n'entraîne pas l'impression d'agression directe, physique ou morale, encore moins de transformation de la personnalité. » « Il n'attribue pas — écrivent SÉRIEUX et CAPGRAS, à propos du revendicateur — aux maléfices de ses ennemis tous les malaises organiques qu'il peut ressentir : il ignore les persécutions physiques. Et jamais il n'éprouve le besoin de bâtir un délire rétrospectif, jamais il n'aboutit à une conception délirante du monde extérieur, jamais il n'atteint la mégalomanie systématique : il ne modifie pas son nom, ne s'affuble pas de titres imaginaires, ne renie pas sa famille, ne s'octroie pas des richesses colossales, ne se proclame pas roi » (1). Ajoutons que le persécuté dans le réel n'exprime pas d'idées d'empoisonnement. Ce délire sera toujours un récit dont le personnage central, comme dans tous les délires de persécution, sera le malade lui-même. Ce sera donc toujours un système de croyances dramatiques, en tant que thème persécutif, mais cette intensité dramatique sera habituellement bien moindre que dans le délire chronique typique, parce qu'elle restera plus simplement humaine et, pourrait-on dire, plus « terre-à-terre ».

2^o Ce thème, sous-tendu par un tat affectif pathologiquement exagéré, correspond donc avant tout à une croyance délirante essentiellement *affective*. Les études psychanalytiques ont montré que l'agression n'est que la projection d'une culpabilité fondamentale — et dans les psychoses qui « se présentent agressives, tendues, hypersthésiques, brusquement l'envers du décor peut révéler que cette attitude est faite d'angoisse, de détresse, de désarroi » (2). Cette constatation nous paraît facile, au moins chez le psychasthénique. Quoi qu'il en soit on retrouve à la base (dans tous les récits, les explicitations du malade) cette attitude affective basale fondamentale qui commande, qui colore tous les détails de ses récriminations plausibles.

Mais tous ces ressorts affectifs plus ou moins déchaînés ne s'expriment généralement pas sans contrainte. Dans tous les cas qui nous intéressent, jamais on ne retrouve des expres-

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Les Folies raisonnantes*. Alcan, 1909, p. 261.

(2) NODET. — *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques* (Thèse Paris 1937).

sions qui dévoilent à nu cette pensée affective, qui est le propre de la pensée déréelle, mais au contraire il est justement remarquable de constater que cette croyance affective fondamentale s'exprime avec une *logique* en apparence imperturbable.

Si l'on admet le trouble affectif comme étant le trouble primitif générateur du délire, — ainsi que DROMARD l'avait concédé en définissant l'interprétation morbide « comme l'inférence d'un percept exact à un concept erroné par l'intermédiaire d'une association affective » (1), — il faut admettre aussi que dans ces cas le désordre affectif ne s'exprime pas directement suivant les lois propres de la pensée affective ; il laisse jouer les mécanismes logiques intacts et donne à cette élaboration intellectuelle l'illusion qu'elle est primitive et créatrice, alors qu'en réalité, elle n'est que serve (*nur Magd* (2)).

3^o Sans doute cette construction intellectuelle n'est que la servante de la croyance affective, mais quelle habile servante ! Sans doute « le sens logique obéit à une tendance affective, mais la force à prendre une apparence intellectuelle » (3). Et en définitive c'est la structure de la pensée normale que retrouvera l'observateur dans l'expression d'un tel délire. Là n'est pas l'erreur, l'erreur, répétons-le, est dans la conviction affective du sujet. Les lois de la logique seront rigoureusement appliquées ; cette application seule sera erronée, en tant que servant à la justification d'un affect faux, mais les mécanismes syllogistiques et dialectiques fonctionneront dans toute leur pureté. L'*absence d'idéologie paralogique* est un des caractères essentiels de ces délires insérés dans le réel. L'*expression* est toujours *simple* et *adéquate*. On ne retrouve jamais les raisonnements plus ou moins absurdes, qui sont le propre de la pensée déréelle : interprétations symboliques, raisonnements par association verbale, simples analogies, agglutination ou syncytium d'idées, etc.). Le *langage* aussi est normal ; on ne note jamais de ten-

(1) DROUART. — *Journal de Psychologie*, 1910.

(2) BLEULER, *loc. cit.*, p. 145.

(3) P. GUIRAUD. — *Les formes verbales de l'interprétation délirante* (A. M. P., n^o 5, mai 1921).

dance au langage subjectif, à l'extension du concept, ni surtout au néologisme délirant.

La caractéristique de ces délires est donc d'être une construction cohérente développée « avec ordre et clarté » (KRAEPELIN), « architecturée », « vertébrée » (de CLÉRAMBAULT), non seulement raisonnante, mais presque « raisonnable ». — essentiellement pénétrable, compréhensible et par là contagieuse. C'est la psychose convaincante de SÉRIEUX et CAPGRAS. « On ne trouve pas dans le développement du délire, dit encore H. EY, le bouleversement des valeurs rationnelles, l'indifférence et l'imperméabilité aux lois de la vraisemblance, du possible et, pour tout dire, du réel ». Ce délire est compréhensible dans le sens banal du terme, qui correspond à ce que JASPERS appelle *la compréhension statique* ou « représentation des états d'âme » (le fait de nous « rendre présents » les états d'âme), par opposition à la *compréhension génétique* c'est-à-dire l'interpénétration affective, la compréhension des rapports psychiques et de filiation des états psychiques engendrés les uns par les autres. Cette dernière beaucoup plus profonde permettra de pénétrer certains délires d'apparence incohérents (1).

Ce délire est donc si clair d'emblée, si perméable, répétons-le, parce qu'il est un récit dont le thème est unique, logique, adapté, qui respecte les exigences de la raison et du monde extérieur. « Il demeure en continuité avec le monde réel des objets et conserve toujours avec le moi, sa commune limite » (2). Mais ce caractère est commun à toutes les psychoses dites paranoïaques.

Nous n'insisterons pas davantage sur un autre caractère commun, négatif celui-là, l'absence d'affaiblissement intellectuel, l'absence de désagrégation de la personnalité. C'est l'évidence même pour les délires que nous étudions spécialement, ainsi qu'en témoignent l'activité adaptée, le comportement, la vie intérieure de ces malades.

4^o Mais nous voulons par contre insister sur *la particularité structurale* de ces délires qui leur confère leur originalité et permet de les isoler dans le vaste groupe des psychoses

(1) Cf. JASPERS, *loc. cit.*, p. 276.

(2) C. H. NODET, *loc. cit.*

paranoïaques. Nous avons analysé dans un premier paragraphe le caractère affectif particulier de ces délires, simple exagération d'un sentiment habituellement d'inquiétude, de méfiance, que l'observateur reconnaît pour l'avoir éprouvé ; — ce sentiment aura automatiquement son corollaire intellectuel : il se traduira par un *choix d'idées élémentaires, courantes*, qui ne prendront jamais le caractère symbolique, et resteront toujours *insérées dans la vie actuelle, dans la vie sociale*, réalisant un délire non seulement cohérent et compréhensible, mais encore d'une *vraisemblance familière*. Le passé peut intervenir sous la forme de recrudescence de souvenirs pénibles, de reproches faits par un conjoint ou des amis pour des fautes passées ; ce peut être encore une blessure d'amour-propre qui se rouvre soudain, le rappel d'une humiliation ou d'une injustice subies, mais en cela ces malades ne diffèrent pas des sujets normaux. Ces reviviscences ne remontent pas au delà d'un passé assez immédiat, jamais, nous l'avons vu, elles n'aboutissent à la construction d'un délire rétrospectif. Délire essentiellement dans le présent, élaboré selon un mode intellectuel normal avec des pensées de la vie normale : cet ensemble réalise souvent ce que G. de CLÉRAMBAULT appelait un *délire de palier*. Les idées délirantes restent dans le cadre des menus incidents de chaque jour : la ménagère, par exemple expliquera que ses voisins lui en veulent parce qu'ils font du bruit après dix heures, parce que leur T. S. F. retentit toute la journée. Ou bien c'est la concierge qui balaie mal les escaliers et dépose des ordures sur son paillason ; elle décaçète ses lettres, tarde à les lui remettre ou même les intercepte. Nous pouvons glaner maints exemples dans nos observations. Une de nos malades prétend encore « qu'une voisine ricane à la fenêtre, la nargue, fait des grimaces et que les commerçants la suspectent de passer des pièces fausses ». Une autre affirme que ses voisins ont installé une industrie à domicile pour l'exaspérer.

La systématisation délirante se réduit à un thème unique dont *l'expression est d'une simplicité désespérante* : il s'agit par exemple de cancons, d'un vague complot tramé en vue d'obliger le malade à déménager. Dans d'autres

cas les malades sont persécutés dans l'exercice de leur profession : on les ennuie, on les provoque, on les met en quarantaine ; on s'efforce de les déconsidérer, et c'est alors pour leur faire perdre leur place. Perdent-ils leur situation, c'est la conséquence de mauvais renseignements fournis partout à leur sujet. « C'est un mot d'ordre général ». Ces malades intellectualisent donc leur sentiment de méfiance sous la forme d'un thème de persécution, d'*agression sociale* simple : on les calomnie, on attente à leur honneur, à leur réputation. Jamais, répétons-le, ils n'expriment des idées d'agression directe sur leur personne physique ou morale. Jamais n'apparaissent dans leur psychisme des pensées reconnues comme non personnelles : il n'y a *pas d'inappropriation à la personnalité*, et par conséquent, pas de troubles psycho-sensoriels (hallucinations, pseudo-hallucinations). En outre leurs persécuteurs restent toujours limités à l'entourage assez immédiat : voisins, patrons, collègues, parents.

Enfin tous leurs arguments restent tellement insérés dans la vie quotidienne, tellement vraisemblable qu'une *enquête* est souvent nécessaire pour prouver l'existence d'idées délirantes. Il n'est pas rare, même, que parmi toutes ces récriminations, on retrouve des faits réels, justifiés, mais ils auront toujours été grossis par le malade, *interprétés* dans le sens d'une hostilité personnelle. L'hostilité de l'ambiance peut parfois être elle-même réelle, « expression de la réaction défensive d'individus normaux contre la conduite d'un aliéné ». Il ne s'agit pourtant pas dans les cas qui nous intéressent de « faux délires » (1) ; le contrôle des faits révélera, à côté d'incidents exacts, de véritables interprétations qui font toujours de ces malades des délirants. On pourrait, en effet, objecter qu'il s'agit simplement d'états passionnels ; sans doute certains de nos malades sont bien des passionnels, mais il faut, à notre avis, établir la différence entre l'état passionnel simple, constitué uniquement par l'idée prévalente, mais vierge de tout délire surajouté et entraînant seulement des réactions disproportionnées — tel le mari réellement

(1) P. COURBON. — *Les faux délires* (A. M. P., juill. 1926, t. II, p. 231).

trompé qui tue sa femme — et le revendicateur qui exige réparation pour une place perdue, à cause des mauvais renseignements fournis, de l'hostilité générale, puis accuse les juges de vénalité et trouve partout des faux témoins, des complices de son principal ennemi ou remarque mille allusions désobligeantes. L'interprétation délirante, l'idée de préjudice est dans ce cas évidente. Elle est nette encore chez le jaloux qui martyrise sa femme fidèle et trouve partout des preuves imaginaires de son infortune.

Il s'agit donc bien d'un délire, mais, redisons-le, les délires dans le réel ont une « *formule* » simple et monotone : jamais les conceptions délirantes ne prolifèrent, ne s'enrichissent, ni ne s'étendent à l'infini pour aboutir à la construction d'un véritable « roman », ainsi que nous l'avons montré plus haut — et en cela ces malades restent loin du délire d'interprétation type SÉRIEUX et CAPGRAS, où — de l'aveu des auteurs — « le roman délirant est parfois d'une invraisemblance flagrante ».

Enfin les réactions qu'entraîne le délire sont rarement disproportionnées, excepté chez certains malades à caractère impulsif. Habituellement les réactions ne dépassent pas elles non plus les limites du bon sens, elles ne sont pas insolites en elles-mêmes et on peut dire qu'elles seraient normales si le délire était vrai. Tantôt le malade fuit, en déménageant, le logement où on le persécute, ou bien il porte plainte ; s'il se livre à des violences, ce sont généralement des disputes, de vagues menaces et quelques coups de poing, presque jamais il n'en arrive au meurtre. Enfin ses moyens de défense ne prennent jamais le caractère d'absurdité de certains délirants chroniques, qui imaginent pour protéger leur personne des plans de protection extravagants. Cependant ces malades, s'ils sont déprimés, peuvent en arriver au suicide pour échapper à leurs persécuteurs.

Mais les caractères de vraisemblance, de réalité, de simplicité de ces délires ne sont pas toujours aussi évidents. Certains délires dans le réel sont pris à tort pour des délires chroniques déréels parce que l'examen médical est imparfait. Les facteurs de confusion sont variés : tantôt l'examen

trop rapide fait considérer comme des hallucinations ou des idées délirantes absurdes des faits qui ne sont parfois que l'expression de la réalité, mais ne sont pas bien précisés, sont mal racontés par le malade ou mal compris par le médecin. Le malade veut se plaindre par exemple que la T. S. F. du voisin fait trop de bruit. Mais il s'exprime en termes si alambiqués que le médecin croit qu'il s'agit de troubles sensoriels, même d'idées d'influence avec agression corporelle au moyen d'ondes ; un autre expose qu'on l'a injurié, traité des noms les plus grossiers et ces échos d'une dispute réelle sont encore étiquetés : hallucinations ; et si l'interrogateur est trop enclin à assigner une valeur primordiale et pathognomonique à ce phénomène, il posera le diagnostic de Psychose hallucinatoire chronique. Un délire peut encore paraître obscur du fait de la réticence du malade, du fait de préoccupations ou d'habitudes qui ne sont pas familières. Dans d'autres cas le malade, débile mental, ne comprend pas les questions que lui pose le médecin et par suggestibilité accepte des symptômes qu'il ne présente pas réellement, répondant toujours par l'affirmative à l'interrogatoire orienté dans le sens du délire de persécution classique. La malade de l'observation XX nous paraît un exemple caractéristique, qui adapta à des symptômes d'automatisme mental : écho et commentaires des actes et des paroles, de simples remarques désobligeantes, des critiques faites par sa voisine au cours de discussions.

Ou bien certains états, qui se rencontrent chez les psychasthéniques mais aussi chez des sujets normaux par ailleurs, tels que le mentisme et certains phénomènes du groupe des phobies ou des obsessions, ou même des impulsions, ou encore un vague sentiment d'étrangeté de la perception, de dépersonnalisation sont exposés par le malade comme des états mystérieux, quelquefois même avec des termes s'appliquant au sentiment d'influence, bien que ces états n'appartiennent pas au groupe d'inappropriation à la personnalité ; par exemple une malade pourra dire « c'est le diable qui m'a poussée », le croire si elle a foi, sans avoir pour cela une sensation véritable d'emprise.

Le médecin peut encore être égaré par les comparaisons

littéraires de certains maniaques un peu exaltés, qui ont l'habitude de s'exprimer comme des poètes... « C'est l'usine qu'on a mise en branle, c'est la locomotive qui roule, c'est la grande épreuve de « cross » et de steeple-chase, c'est la machine-camion » dit une de nos malades, métaphores imprévues qui désignent seulement la machine à coudre de la voisine et le trottement des petits enfants à l'étage supérieur.

Enfin l'enquête seule révélera parfois la réalité de faits qui paraissaient manifestement de caractère délirant, tel le cas de la malade qui alléguait les gaz asphyxiants et n'était nullement une hallucinée de l'odorat, puisque l'existence d'émanations fut reconnue.

Il est donc indispensable, pour laisser ces délires dans leur réalité, de se reporter à la réalité elle-même.

II. *Structure intellectuelle des délires chroniques déréels.* — Telle est la structure intellectuelle des délires qui restent insérés dans la réalité. On peut l'opposer presque point pour point à la structure intellectuelle des délires chroniques déréels, comme nous avons pu opposer leur mode de début : là un sentiment affectif simplement exagéré de méfiance et d'inquiétude, ici un puissant état cénesthésio-affectif parasite mais qui atteint et bientôt bouleverse la personnalité tout entière, en réveillant les complexes subconscients et inconscients. Ainsi s'élabore lentement le thème délirant. C'est ce début insidieux qui différencie essentiellement ces délires déréels de ceux que nous avons étudiés dans la première partie de ce travail, dont l'éclosion, plus ou moins oniroïde est toujours brutale ou rapide et où nous avons trouvé en grande partie l'expression pour ainsi dire directe de la pensée affective.

Au point de vue structural, aux idées délirantes dans le réel simples, choisies dans la vie actuelle, immédiatement compréhensibles, vraisemblables et exprimées avec la logique la plus rigoureuse, les délires déréels s'opposent par quelques caractères spécifiques :

1^o L'état affectif pathologique, nous l'avons vu, s'exprime dans la sphère intellectuelle au moyen de pensées qui ne sont pas reconnues comme personnelles par le malade. La *xéno-*

pathie est un des éléments pathognomoniques de la pensée déréelle. Le malade éprouve des intuitions de certitude — sans aucun besoin de justification syllogistique ; il éprouve des pensées qu'il sent comme d'origine étrangère ; il éprouve des perceptions (ou des phénomènes qui lui paraissent tels) et ne doute aucunement de leur réalité objective, sans s'apercevoir qu'elles surgissent directement de son Moi malade. Cette atteinte de la personnalité telle que certains événements psychiques, issus du moi, ne sont pas directement appropriés à lui, ne se rencontre jamais dans les délires à « structure de réalité ».

2^o Dans la pensée déréelle qui « a ses lois propres » (BLEULER) l'état affectif pathologique peut s'exprimer sous forme *symbolique*, au sens des psychanalystes ; (ce phénomène ne se produisant jamais dans les délires à structure de réalité). On y retrouve les mécanismes du rêve, selon la méthode freudienne : la symbolisation, la dramatisation, la condensation, le déplacement. Par exemple dans la genèse des idées de persécution ou de grandeur, des souvenirs infantiles pénibles ou sthéniques jouent un rôle important. Tel délirant déréel croira que ses persécuteurs sont les prêtres parce que son père avait eu une discussion avec le curé de son village. C'est là un phénomène de *résonance affective avec fusion* : un souvenir pénible s'identifie — au lieu de s'associer simplement — avec un état actuel pénible et fournit à l'évènement actuel une explication en désaccord avec la logique des gens normaux.

Une forme encore plus caractéristique de la pensée symbolique morbide est le raisonnement par *simple analogie verbale*. Par exemple une malade croira que le mercier du voisinage lui en veut parce que quand elle était petite sa mère s'était brouillée avec une M^{me} Lemercier ; ou encore, elle est sûre d'être la Reine de France parce que sa mère l'appelait « ma petite reine », etc. Ces rapprochements verbaux prenant la valeur d'un argument sont cités par BLEULER et ont été particulièrement étudiés par GUIRAUD dans « Les formes verbales de l'interprétation délirante » (1). La différence entre la pensée délirante réelle et déréelle est

(1) GUIRAUD, *loc. cit.*

spécialement nette quand on étudie les diverses variétés d'interprétation délirante, qui s'observent dans ces deux cas. Par exemple une délirante dans le réel dira : « La voisine salissait souvent le couloir, elle y jetait des bouts de savon, des restes de riz ; c'était pour me dégoûter de l'appartement et m'obliger à déménager ». La délirante déréelle dira : « La voisine jetait des bouts de savon, des restes de riz dans le couloir ; cela voulait dire : « nous *savons* tout, on *rit* de vous. »

3^o Un troisième caractère qui distingue le délire dans la réalité du délire dans le déréel est que dans le premier cas le thème délirant résulte d'un conflit entre la personnalité du malade — morbide par constitution ou par cause acquise — et l'ambiance. Ce conflit social permet d'identifier immédiatement les gens ennemis ou hostiles : ce sont les voisins la famille, la concierge, quelquefois la police. Les délirants déréels au contraire ont souvent à faire à des ennemis mystérieux ou inconnus et d'ordinaire collectifs (sociétés secrètes, médecins, hypnotiseurs). Sans doute ces mêmes malades se plaignent parfois de leurs voisins immédiats, mais rapidement des ennemis mystérieux s'adjoignent au voisinage. Le délire est extensif. Le changement de milieu exerce donc une influence beaucoup plus favorable et plus prolongée chez les délirants dans le réel que chez les autres.

4^o Le polymorphisme et la complexité des conceptions délirantes dans le déréel s'opposent à l'unicité du délire dans la réalité. Le thème de persécution est soit travesti, soit associé à d'autres thèmes. SÉRIEUX et CAPGRAS admettent « qu'il est exceptionnel de rencontrer un type absolument pur » et décrivent d'autre part sept thèmes délirants.

Tous ces caractères rendent de tels délires invraisemblables, même s'ils restent apparemment cohérents et compréhensibles, car, si elle accepte encore la justification de la logique et reste soumise à ses raffinements, la fiction délirante méprise totalement les données de l'expérience et de la vraisemblance.

Nous ne poursuivons pas davantage le parallèle entre les deux groupes de délires que nous essayons de distinguer. Nous n'insisterons pas sur les délires incohérents, imper-

méables et incompréhensibles du moins « statiquement », parce que nous voulons simplement souligner les différences dans les cas où le diagnostic peut être hésitant. Le diagnostic ne se pose pas devant ces délires, où la pensée affective, de type régressif, infantile, s'extériorise, tel un flux impétueux, sans contrainte, n'acceptant plus la discipline si apparente soit-elle des mécanismes logiques. Elle exprime alors ces idées multiples, mobiles, et contradictoires par des formules personnelles, inintelligibles ou au moyen d'une série d'images luxuriantes, alogiques, où l'on trouve les tendances aux formules stéréotypées, à l'extension du concept, au langage subjectif et aux néologismes, particularités qu'on trouvera dans le tableau de la page 39. Toutes ces considérations ne sont certes pas nouvelles.

III. — *Comparaison entre la classification adoptée et les classifications contemporaines.* — Quand SÉRIEUX et CAPGRAS ont isolé le délire de revendication de leur délire d'interprétation ils ont dressé un Tableau qui reproduit sinon les mêmes termes, du moins la même conception générale que celle que nous venons de soutenir

Ils insistent en particulier sur la différence des interprétations, sur l'absence d'atteinte directe physique et psychique chez les revendicateurs, sur la différence entre l'hypertrophie du moi et le véritable délire mégalomane, sur le caractère plausible et même réel du thème revendicateur opposé au thème imaginaire de l'interpréteur, sur l'absence d'extension et la curabilité possible du délire des revendicateurs. L'opposition entre les deux types est même si accentuée qu'il aurait été difficile à SÉRIEUX et CAPGRAS de montrer dans le même tableau les différences essentielles entre le délire de revendication, le délire d'interprétation et la psychose hallucinatoire chronique, les deux derniers types présentant beaucoup de points communs, ceux qui précisément correspondent au délire à structure déréelle.

La nosographie préoccupe beaucoup les psychiatres contemporains. Nous n'osons pas critiquer cette tendance, d'abord parce que notre Thèse en est un exemple et ensuite parce que la nosographie contribue toujours à la précision

TABLEAU SYNOPTIQUE DE SÉRIEUX ET CAPGRAS (1)

<i>Délire de Revendication</i>	<i>Délire d'Interprétation</i>
État passionnel (obsédant) chronique.	État délirant chronique.
Interprétations erronées, rares et très circonscrites, secondaires et accessoires.	Interprétations délirantes multiples et diverses, primitives et prédominantes.
Idee prévalente et obsédante primitive, localisée à un fait déterminé ou à une théorie abstraite.	Conceptions délirantes variées. Idee directrice secondaire.
Idees de préjudice sans persécution physique.	Chez les interpréteurs persécutés : idées de persécution très actives.
Hypertrophie du moi, sans mégalomanie.	Chez les interpréteurs mégalomanes : idées de grandeur systématisées.
Thème prévalent plausible.	Fausseté et parfois vraisemblance flagrante du roman délirant.
(Excitation intellectuelle permanente.)	(Activité normale.)
(Réactions disproportionnées à leurs mobiles.)	(Réactions en rapport avec leurs mobiles.)
(Stigmates nombreux.)	(Stigmates de dégénérescence peu accentués et électifs.)
(Fréquence des anomalies du sens moral.)	(Conservation du sens moral.)
Rayonnement moindre sans transformation du milieu.	Extension progressive du délire. Transformation du milieu extérieur.
Possibilité d'amélioration.	Incurabilité.

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Les Folies raisonnantes*, p. 263.

· C'est nous qui avons placé entre guillemets les caractères particuliers qui nous ont paru secondaires quant à la comparaison que nous établissons ici.

et à la pénétration dans l'analyse clinique. Mais il faut reconnaître que la division de l'ensemble des délires persécutifs en entités distinctes comporte une grande part d'artifice et de préférence personnelle. Comme le faisait remarquer NAYRAC, on sent bien qu'il faut donner quelques coups de ciseaux dans l'ensemble mais on n'est guère d'accord sur l'endroit où l'on doit placer ces traits de ciseaux ; il y a toujours des formes de transition. Nous croyons que la dichotomie proposée par nous a quelque valeur psychologique et pratique et nous devons la comparer avec les subdivisions proposées par quelques auteurs contemporains. NODET par exemple — dans sa récente thèse, par ailleurs si remarquable — abordant les délires chroniques non d'après leur séméiologie mais d'après leur organisation structurale propose une conception tripartite : les délires à structure *paranoïaque*, *paranoïde* et *paraphrénique*. Nous ne retiendrons pour la discussion que les délires à structure paranoïaque qui seuls présentent des points communs avec nos délires curables à structure de réalité. Pour NODET, les délires de structure paranoïaque se caractérisent par le développement systématique et cohérent d'un drame persécutif, l'argumentation irréductible, lucide, pénétrable et même contagieuse, la tonalité affective et agressive fondamentale, l'absence d'affaiblissement psychique notable. Ces délires regroupent, hallucinatoires ou non, les délires passionnels, les délires d'interprétation, certains délires d'influence et une partie des psychoses hallucinatoires chroniques. En somme ce groupement reconstitue les divers délires systématisés, ou si l'on préfère, bien systématisés des auteurs classiques, avec cette particularité qu'il englobe le délire de revendication (délires passionnels), variété que dans notre classification nous comprenons dans les délires à structure de réalité.

Essayons de justifier notre point de vue. L'organisation systématique et cohérente d'un thème délirant, les essais de justification par un ensemble syllogistique, la conservation du langage normal, de l'activité et même la capacité d'inhibition de certaines réactions excessives constituent certes un ensemble psychique dont il importe de tenir compte, mais est-ce vraiment faire de l'analyse structurale

que s'arrêter là ? Dans nos délires à structure de réalité (comprenant les délires curables et la psychose revendicatrice) nous constatons que le trouble générateur est exclusivement d'ordre *affectif* : l'instinct de défense, le sentiment de sécurité sociale est seul touché ; l'intelligence (processus intellectuels élémentaires et synthèse de la personnalité) est parfaitement intacte. Les erreurs de jugement résultent exclusivement de l'état passionnel exactement comme chez l'homme normal. Dans le délire du déréel il y a atteinte de la synthèse de la personnalité puisqu'on y constate des phénomènes d'action extérieure ou xénopathique (influence, hallucinations) qui, quelle que soit la théorie explicative, supposent des troubles de l'appropriation à la personnalité de certains éléments psychiques. On y constate des interprétations verbales, des fusions d'idées par résonnance affective, atteinte intellectuelle beaucoup plus grave que la déformation passionnelle du jugement. On y constate enfin la création d'un véritable roman irréel accepté comme réalité. Ne voit-on pas par exemple une différence profonde entre la malade de l'observation III de NODET (1) (délire à structure paranoïaque) et un revendicateur ? La malade de NODET prétend descendre de la Maison de Bourgogne, doit épouser Jean d'Angleterre et se défendre contre le désir matrimonial de son véritable père. Elle croit à l'existence de « synoques » qui seraient des êtres humains bisexués, etc., etc. Sous prétexte qu'elle s'exprime de façon compréhensible doit-on mettre cette malade dans le même cadre qu'un revendicateur qui épuise toutes les juridictions pour obtenir réparation d'un préjudice de quelques formes et fait du scandale du Palais de Justice ? Nous pourrions aussi bien prendre comme exemple l'observation IV ou V ou VI ou VIII (2).

Il est justifié de maintenir sous le nom de paranoïa une forme clinique groupant les délires bien systématisés et compréhensibles mais nous estimons qu'une *subdivision* y est nécessaire distinguant les délires à structure de réalité et les délires dans le déréel.

(1) Ch. H. NODET, *loc. cit.*, p. 34.

(2) Ch. H. NODET, *loc. cit.*, p. 36 à 40.

DÉLIRES S'INSÉRANT
DANS LE RÉEL

Croyance injustifiée.
Irréfutabilité.

Exagération d'états affectifs à type normal (que le normal connaît pour les avoir éprouvés).	{	Excitation.
		Euphorie.
		Tristesse.
		Inquiétude.
		Méfiance.

Délire : Expression directe du trouble affectif.

Délire dans la vie actuelle, vraisemblable.	{	Passé et	Nécessité
		avenir im-	d'une en-
		médiats.	quête pour
			voir s'il y a
		vraiment	
		délire.	

Simplicité de l'expression délirante.

Application erronée des règles de la logique.

Langage normal.

Stabilisation possible.

Varie directement avec l'état affectif causal.

Réactions normales si le délire était vrai (plaintes, violences, etc.)

Curabilité en fonction de l'état affectif causal.

DÉLIRES
DANS LE DÉRÉEL

Croyance injustifiée.
Irréfutabilité.

Apposition d'états	Ambiance hos-
cénesthésiques anor-	tile des gens et des
maux.	choses.

Etrangeté du monde extérieur et intérieur.

Agression directe sur l'esprit, sur le corps.

Modification de la durée.

Modification de la différence entre le Moi et le non-Moi.

Transitivisme.

Délires symboliques *invraisemblables* évidemment.

Reviviscence d'idées anciennes et multiples liées à l'état affectif.

Surdétermina-	Expression par des
tion.	idées multiples et
	contradictaires du
	même état affectif.

Paralogique ou raisonnements absurdes (raisonnements verbaux, simple analogie, etc.).

Langage subjectif. Néologismes. Transformation du langage.

Fixation avec formules verbales *invariables*.

Persistance indéfinie résiduelle.

Après le début, moins de tendance aux réactions.

Résistance habituelle indéfinie avec extension même.

C. — EVOLUTION ET PRONOSTIC

Ces délires insérés dans la réalité, expression de l'état affectif pathologique sans atteinte de l'intelligence, auront une évolution particulière, au même titre qu'ils ont une structure propre. Et cette évolution s'oppose à celle des délires chroniques déréels ; *avant tout elle n'est pas une*, inéluctablement progressive, mais *essentiellement variable suivant directement les variations de l'état affectif basal*. Les délires à structure de réalité sont en majorité curables, souvent récidivants et quelquefois chroniques, suivant que l'état affectif pathologique est transitoire, rémittent ou chronique.

La terminaison par la guérison nous a paru l'éventualité si habituelle, qu'elle fût le point de départ de notre étude. Le délire s'efface quand tombe l'exaltation émotive et le sentiment morbide de méfiance, d'inquiétude, d'hostilité. Or, ce sentiment pathologique résulte d'un conflit entre la personnalité du malade et l'ambiance, conflit qui naît lui-même soit des conditions extérieures réellement défavorables soit de la conduite du sujet lui-même, morbide par tendances constitutionnelles ou par un processus organique acquis — toutes les interréactions causales étant possibles —. Ce sentiment s'intellectualise sous la forme d'un thème persécutif unique, strictement limité, d'agression sociale, d'agression dans les relations avec la société, habituellement la plus immédiate (1). Le changement de milieu, en l'occurrence l'internement, a donc une influence particulièrement favorable et prolongée sur ces « *délires de la vie sociale* », délires typiquement réactionnels à des « situations vitales » déterminées. Le conflit générateur est le plus souvent ainsi résolu, à tout le moins le sentiment de méfiance ne résiste pas au sentiment de sécurité qu'éprouve le malade soustrait à ses ennemis, et qui, conservant son intégrité physique et morale, ne trouve pas à l'asile de nouveaux éléments d'inquiétude. Alors le délire, privé de sa charpente défensive, non seulement ne s'étend pas, non seulement est oubliée, mais habituellement est rectifié parce que le sujet retrouve, dans la

(1) *Vide supra*, p. 128 et p. 133.

tranquillité, la clarté de son jugement un moment obscurci par l'état passionnel (1).

Le traitement psychothérapique pourra aussi avoir une action efficace, en particulier, chez les psychasthéniques (les observations XVI et XVII sont démonstratives en ce sens). Sans doute la psychanalyse, dont nous n'avons pas encore personnellement l'expérience, trouverait-elle dans ces cas frustes et limités des conditions particulièrement favorables, atténuant la prudence habituelle des psychanalystes devant les psychoses confirmées.

Mais ce délire qui n'est que l'expression d'un état affectif exagéré sera soumis aux variations de cet état affectif causal. Les *récidives* sont donc toujours à craindre à la faveur d'une poussée obsessionnelle ou maniaque-dépressive, d'une exagération d'un état passionnel (chez un revendicateur par exemple) ou à l'occasion d'une nouvelle intoxication alcoolique.

Enfin nous nous défendons d'un optimisme exagéré. Les délires à structure de réalité ne sont pas tous curables. A l'inverse des formes que nous avons étudiées dans la première partie de ce travail, il s'agit souvent ici de délires chroniques, qui pourront persister pendant des années (ainsi qu'on peut le constater dans les observations qui vont suivre) succédant eux-mêmes à une phase plus longue encore d'inquiétude et de méfiance. De tels délires peuvent donc se stabiliser sans être jamais rectifiés et passer à la chronicité indéfinie. Mais la plupart ne seront pas extensifs, n'aboutiront pas au « roman déréel », parfois ils s'enrichiront un peu par interprétations portant sur l'ambiance nouvelle, mais cette extension restera très limitée, le plus souvent ils se simplifient encore, réduits à la croyance au délire ancien, passé, parfois même en partie oublié (délire d'interprétation atténué d'HALBERSTADT, délire à éclipse). Enfin ces délires *continuant d'obéir aux lois logiques de l'expression verbale pourront toujours guérir*, même après des années ; là nous

(1) Il faut faire cependant une réserve quant à l'action heureuse de l'internement pour certains revendicateurs, chez lesquels la constitution passionnée est si marquée, que tout espoir de guérison est un leurre. Pour ceux-là, en effet, « l'internement arbitraire » sera un nouveau thème quérulant, qui va pendant longtemps canaliser leur activité revendicante particulièrement active et exaltée.

paraît être le critère qui nous permet d'aboutir à la conclusion pratique suivante, rarement infirmée : *tout malade qui n'a pas franchi les limites du réel reste curable*. Seule l'organisation paralogique, expression directe de la pensée affective, déréelle, — si ébauchée, soit-elle, — retrouvée à des degrés variables dans les délires d'interprétation et dans les psychoses paranoïdes est un indice de mauvais pronostic certain.

La démarcation entre les délires à structure de réalité et les délires déréels peut ne pas être aussi nette. Il est des formes de transition, qui nous ont paru moins fréquentes que les formes curables, mais dont nous ne nions pas l'existence. Celles-là vont, après un temps plus ou moins long, franchir les limites de la réalité. Cette constitution affectivo-pathologique, base des délires de persécution curables, est dans certains cas une amorce à un trouble plus profond caractérisé par des délires à structure déréelle. C'est ainsi que certains interpréteurs (ou paranoïaques de certains auteurs) peuvent pendant des années présenter un état de méfiance, l'exprimant par des idées délirantes à structure de réalité et évoluer ensuite vers un délire chronique déréel typique.

D. — ÉTIOLOGIE ET VARIÉTÉS CLINIQUES

Nos délires à structure de réalité ne constituent pas une entité nosographique, une « espèce morbide » au sens kraepelinien. Ils ne présentent ni unité étiologique, ni unité évolutive, mais seulement une structure intellectuelle particulière qui permet de leur conférer un pronostic dans l'ensemble favorable.

Nous les rencontrons donc dans un certain nombre de syndromes constituant autant de *variétés cliniques*.

1^o *Délire de persécution dans la Psychose maniaque-dépressive.*

Un système délirant de persécution ou de préjudice, présentant toutes les particularités du délire inséré dans le réel, peut être l'expression essentielle d'une psychose maniaque-dépressive. La notion de la coexistence d'idées de persécution étiquetées Paranoïa plus ou moins fruste (Paranoïa

intermittente de MENDEL) et de la psychose maniaque-dépressive est connue depuis longtemps. « Les tendances doctrinales peuvent se résumer à deux : celle de l'association de psychoses soutenues par MASSELON et son élève BESSIÈRE dans sa thèse, ainsi que par P. KAHN, et celle d'un rapport génétique entre la paranoïa et les oscillations cyclothymiques soutenu par la plupart des auteurs » (1) en particulier par ANGLADE dans son important rapport au Congrès de Marseille (1899) sur les délires systématisés secondaires, puis par DUBOURDIEU, TAGUET, DENY et CAMUS, SOUM. De nombreuses observations de psychoses mixtes sont publiées par SÉRIEUX et CAPGRAS, TRÉNEL, DELMAS, LÉVY-VALENSI, X. ABÉLY, LAIGNEL-LAVASTINE, etc... BLEULER, puis KRETSCHEMER admettent des « alliages de divers tempéraments » en proportions souvent subtiles. BUMKE et récemment WIERSMA ont montré combien grande est l'influence des troubles de l'humeur, sur l'apparition des idées délirantes. Mais la tendance à donner une place prépondérante aux variations cyclothymiques de l'humeur, et à étendre ainsi le cadre de la psychose maniaque-dépressive aux dépens de la paranoïa a conduit SPECHT puis EWALD jusqu'à faire dépendre la pathogénie de cette dernière des variations holothymes propres à la psychose maniaque-dépressive et ainsi à contester l'autonomie de la paranoïa. Cette théorie de SPECHT fut vivement combattue et repoussée par KRAEPELIN lui-même et ses élèves, par ESPOSITO et en France par DUPRÉ. Enfin M. CAPGRAS a donné récemment une revue générale de la question (2) en y apportant ses conclusions personnelles. L'auteur est d'accord sur ce sujet avec KRAEPELIN, comme il est d'accord avec lui pour la définition et la stricte délimitation de la paranoïa. Il admet donc comme des raretés, « cependant conformes aux données de la clinique », les cas mixtes de paranoïa maniaque-dépressive, mais rattache la majorité de ces cas, où la psychose mixte n'est « qu'une apparence, — le délire n'ayant pas les caractères

(1) J. ROUART, *loc. cit.*, p. 149.

(2) J. CAPGRAS. — *Psychose mixte. — Paranoïa maniaque-dépressive* (Semaine des Hôpitaux, 26 mars 1933).

du délire d'interprétation » — à la psychose maniaque-dépressive chez des déséquilibrés.

Quoi qu'il en soit, tous les auteurs ont insisté sur la prédominance possible du délire pouvant masquer la psychonévrose sous-jacente, ou même se substituer à un accès maniaque (KRAEPELIN, ANGLADE) et alterner avec des épisodes maniaques ou mélancoliques typiques ; et G. PETIT a montré qu'au cours de la phase paranoïaque et dysphronique des accès maniaques « l'excitation intellectuelle inapparente par ailleurs, ne se manifesterait que par l'activité impulsive malveillante et souvent soigneusement dissimulée ». D'autre part la fréquence des idées de persécution, en particulier sous la forme d'« hétéro-accusations » au cours de la mélancolie est suffisamment connue pour que nous n'y insistions pas. Les auteurs classiques, SÉGLAS, GILBERT-BALLET, ARNAUD, RÉGIS, LALANNE, en ont même fait une entité : Les persécutés mélancoliques. Enfin certains (KRAEPELIN, DENY et CAMUS, CAPGRAS) ont mis en évidence la cause favorisante de l'état mixte dans l'éclosion d'épisodes délirants. Quoi qu'il en soit presque tous les auteurs signalent la fréquente curabilité de ces délires de persécution. Pour M. GUIRAUD, « l'état affectif qui leur sert de base n'est pas une excitation ou une dépression franche de l'humeur, mais un état d'irritation, de perplexité, de méfiance. L'affectivité dans la psychose maniaque-dépressive subit des perturbations autres que les oscillations positives et négatives ». Cependant à cet état affectif propre à nos délires insérés dans le réel s'ajoutera le trouble particulier de l'humeur, et habituellement on retrouve quelques éléments de la série maniaque : subexcitation, fuite des idées, hypermnésie, associations verbales, dispersion de l'attention, activité de jeu hyperactivité (1)... ou des éléments mélancoliques : dépres-

(1) Signalons à ce propos l'intéressante publication de COURBON et LECONTE sur les *Idées de persécution dans la manie* (in A. M. P., 1934, t. II, p. 121) qui rapportent le cas d'une hypomaniaque persécutée-persécutrice, limitant son délire à une « histoire de travail » demeurée très insérée dans la réalité. A ce propos les auteurs différencient les interprétations du maniaque de celles du paranoïaque, les premières, étant « secondaires à des perceptions exactes de faits réels : l'hostilité de l'ambiance déterminée par l'insociabilité du maniaque, ne sont délirantes que par la méconnaissance de ce déterminisme ».

sion, anxiété, idées de suicide, inhibition plus ou moins marquée, etc... Enfin ces états seront particulièrement transitoires, curables mais *récidivants*, comme la psychose causale.

OBSERVATION XIII (1)

(Malade du Dr GUIRAUD. Pensionnat de Ville-Evrard).

M^{me} Eugénie Gon., 53 ans, entre au Pensionnat de Ville-Evrard le 5 février 1926, avec le certificat suivant de l'Infirmerie spéciale : « *Idées délirantes de persécution. Hallucinations auditives. Depuis 10 ans, des voisins ont installé au-dessus de sa tête un chantier où l'on fait un bruit infernal. On frappe sans arrêt sur le plancher, on marche avec des bottes d'égoutier, on tape avec des marteaux qui résonnent comme des « coups de canon ». Insomnie, impossibilité de repos. On l'injurie, on la traite de putain, assassin etc... C'est le grand charivari et la grande diffamation. Elle est cependant une femme inoffensive et une locataire modèle. Volubilité intarissable. Véhémence indignée. Tapage nocturne. Querelles avec des ennemis imaginaires. Frappe les murs pour faire cesser les bruits. Menaces envers les voisins ; plainte de ceux-ci » (26 janvier 1926).*

Dans le certificat immédiat on trouve le diagnostic : « *Délire hallucinatoire datant de dix ans, vociférations comme moyen de défense ; exaltation psychique* ».

L'observation très détaillée met tout de suite en évidence, l'*excitation psychique* de la malade, de type hypomaniaque. Volubilité, bavardage intarissable, facéties, plaisanteries. Familiarité : sa conversation avec l'interne est émaillée de « mon chéri, mon trésor, penses-tu bébé ! » Hypermimie. Gesticulations. Tendances expansives et mythomaniaques.

La malade exprime des idées de persécution contre ses voisins, dont le début remonte à plus de dix ans, mais qui semblent apparaître par paroxysmes avec intervalles de calme relatif. Au début il s'agit, semble-t-il, simplement de récriminations contre des voisins ; toute une famille faisait du bruit au-dessus de sa tête jusqu'à 4 heures du matin et claquait les portes toute la journée. Des discussions diurnes, puis nocturnes s'en suivirent, au cours desquelles des injures furent échangées, une voisine la traita notamment de « vache » et de « vieux tableau ». Les voisins répondaient à ses injonc-

(1) Observation due à l'obligeance de M. le Dr PETIT, que nous remercions tout particulièrement.

tions au silence par « ferme ta gueule, vieux portrait ». Plainte au Procureur de la République, le propriétaire ne lui ayant pas donné satisfaction. La malade adressa en effet à son propriétaire de nombreuses lettres de réclamations, émaillées de formules aussi variées qu'outrancières, qui purent donner l'illusion d'un roman délirant chronique, jusqu'au moment où la malade plus calme, avoue qu'il s'agissait seulement de métaphores... La malade eut à se plaindre, il y a plusieurs années, de l'allure « épouvantablement bruyante » de nouveaux locataires ; elle supposa qu'ils exerçaient une industrie à domicile et son imagination se mit au service de son hypersthénie affective, elle écrivit entre autres, une lettre au propriétaire dans laquelle il est question de « bombe sur son palier » de « fréquents coups de canon nocturnes » qui la faisaient sursauter, éveillée avec des cris de frayeur... » (*sic*). « Et tout cela sans préjudice du chantier, usine avec ses moteurs, marteaux, scies, rabots, la machine-camion, les pilons... jamais ça n'arrête !... quatorze heures de marteau par jour ! Elle entend encore pendant des heures « les bottes de vidangeur ou de scaphandres !... le cross et le steeple-chasse au-dessus de sa tête ». La malade se plaint encore d'une bande qui tambourinait à sa porte, et un jour voulait la pendre à un réverbère, « un passant attiré par ses cris faillit monter lui porter secours ».

En outre, des voisines ont fait des allusions à sa vie privée parce qu'elles « ont dû » apercevoir la malade dans certains cafés à Montmartre et à la porte Maillot, aussi la concierge a-t-elle dit « qu'elle était allée faire la retape à la porte Maillot », tandis qu'une voisine profère des « monstruosité sur elle », notamment qu'elle était une putain et, comme des représentants venaient chez elle, (la malade est elle-même représentante de commerce), les concierges concluaient que c'étaient des amants. Depuis dix-huit mois la malade imagine qu'un *complot* est tramé contre elle : le propriétaire l'oblige à déménager. L'attitude du propriétaire lui paraît suspecte. « Généralement, écrit-elle, un propriétaire ne s'occupe pas de canons » ; il lui prodigue aussi des insinuations blessantes.

La systématisation délirante ne s'étend pas davantage, mais la malade réagit à ces persécutions par de nombreuses plaintes, des menaces du propriétaire « de faire aller la chose très loin par la voie de la presse où elle a de nombreuses relations ».

Elle prie encore le propriétaire de régler la note de l'hôtel où elle a du se réfugier une nuit... « ou elle ne répond de rien » ; elle voulut fuir la folie qui la guette, ces plaintes, ces menaces ajoutées au tapage nocturne.

Interrogée de nouveau le 10 février suivant, la malade, plus calme,

consent à « tout expliquer ». Elle remet en effet les choses au point, critique les termes par elle employés autrefois et exprime ses récriminations en des termes beaucoup plus mesurés et plus adéquats. Tout d'abord, elle a oublié — et paraît sincère — l'histoire de la bombe sur le palier et est tout étonnée d'avoir écrit cela. Quant aux coups de canons, ce sont des bruits « qui faisaient cet effet » ; « mais je n'ai jamais eu l'idée dit-elle qu'on pût tirer des coups de canon chez moi ». « Il y avait aussi ces bruits de trompette, c'était quand les voisins tiraient la chaîne des cabinets ».

D. Et cette question de moteurs ? R. « Je n'ai jamais dit qu'il y avait des moteurs ; c'étaient les robinets qui coulaient à certains moments, faisant le bruit d'un moteur ; mais ce mot ne vient pas de moi ; il a été suggéré par une personne à qui je racontais cette histoire ».

D. Et le pilon ? R. « Je n'ai jamais vu de pilon, c'était une chaise que l'on remuait pour me taquiner ».

D. La machine-canon ? R. « C'était la machine à coudre qui faisait un bruit infernal ». La malade est encore convaincue de l'existence du marteau, qui tapait pendant quatorze heures par jour : « mais à force de me plaindre cela c'est arrêté un peu et le soir, à des heures indues, ils enveloppaient le marteau de quelque chose, le bruit était alors plus sourd ».

« Les bottes de vidangeur et de scaphandres... c'était le piétinement des voisins du dessus pendant sept heures par jour ; je voulais dire seulement que ce n'était pas leurs chaussures habituelles, qui pouvaient faire un tel bruit. On entendait aussi comme si des sacs de charbon se vidaient ». La malade précise qu'il s'agit seulement, au début, de brimades de la part de ces voisins, en réponse à sa prière de faire moins de bruit ; puis elle supposa qu'ils se mirent à créer une industrie pour l'ennuyer. « Ils sont tellement forts ! ». Elle avoue encore que ces gens se méfient, cessent leur tapage quand quelqu'un vient chez elle. « C'est le silence absolu... ce sont donc des choses qui ne doivent pas se faire ». Cependant un ancien locataire, dont elle donne le nom, pourra la soutenir : « il a déménagé parce que les voisins faisaient trop de bruit ». La malade n'a jamais eu d'idée d'agression corporelle, pas d'idées d'empoisonnement. Enfin de son propre aveu, « elle n'a jamais entendu de paroles », « quand je parle, ils écoutent, dit-elle, c'est alors le silence absolu », mais elle ne sait s'ils comprennent ses propres paroles, en tout cas, elle n'a jamais perçu aucune réponse.

Ajoutons que cette malade vit seule depuis 30 ans. Elle n'eut jamais d'ennui ni de procès d'aucune sorte jusqu'à l'âge de 53 ans.

Elle a toujours été gaie et active mais ne fit jamais d'accès maniaque caractérisé ; elle n'a jamais présenté d'idées mélancoliques et ne fut jamais jusqu'à ce jour traitée dans une maison de santé. Enfin, actuellement âgée de 63 ans, elle ne présente aucun signe d'affaiblissement intellectuel.

Le Dr GUIRAUD conclut dans le certificat de quinzaine à : « Constitution paranoïaque avec excitation psychique. Idées délirantes, de persécution depuis plus de dix ans. Début par des réclamations contre le bruit excessif des locataires ; discussions, injures réciproques. Mêmes réclamations contre les locataires actuels depuis des années. Ajoute à ses protestations contre leur allure bruyante, l'affirmation que ses voisins doivent exercer une industrie à domicile avec des marteaux, des scies et un petit moteur ; de plus ils chaussent des bottes spéciales pour être plus bruyants et l'exaspérer. Tendance à la systématisation, prétend que la propriétaire et la concierge s'entendent avec les locataires pour la déconsidérer et la forcer à déménager. Interprétations délirantes. Illusions de l'ouïe, énorme exagération imaginative des moindres bruits. Lettres de réclamations au propriétaire, prolixes, avec de nombreuses formules subjectives destinées à exprimer les bruits anormaux (canon, machine-canon, machine à coudre faisant autant de bruit qu'un camion) ; cris nocturnes pour faire taire les voisins, plainte au Procureur de la République. Volubilité. Dialectique paralogique, raisonneuse et méfiante, expressions choisies. Sentiment de supériorité, elle est une locataire modèle, elle est d'une grande intelligence reconnue de tous. Enervement, émotivité excessive, caractère revendicateur. A maintenir. »

L'internement, l'éloignement du milieu amenèrent une atténuation assez rapide de cet état passionnel et de l'excitation.

Le Dr GUIRAUD propose la sortie de cette malade le 7 mai 1926, par le certificat suivant : « Est atteinte de constitution revendicatrice et hypomaniaque. Rectification des idées délirantes qui ont provoqué son placement. Grande atténuation de l'excitation intellectuelle du début. Préoccupations hypocondriaques passagères. Troubles du caractère, persistance de l'émotivité exagérée. La prolongation de l'internement n'est plus nécessaire, d'autant plus que la malade a présenté des réactions plus bruyantes que violentes. Peut être mise en liberté à condition d'être accompagnée en province par sa fille ». La sortie est accordée et la malade quitte la maison de santé le 14 mai 1926.

Elle vit en liberté plusieurs années sans attirer l'attention et six ans plus tard est internée en Suisse, *pour un accès maniaque*. De la

maison de santé, elle écrit au Dr GUIRAUD pour lui demander d'avoir l'amabilité de faire le voyage à Zurich pour venir la prendre et la ramener à Paris.

Depuis nous n'avons plus eu de nouvelles de cette malade.

OBSERVATION XIV

(Malade du service de M. le Dr DEMAY).

M^{me} Louise L..., 43 ans, entre à l'asile de Maison-Blanche le 4 mars 1936. Certificat immédiat : « *Etat de dépression avec sub-anxiété secondaire à des idées délirantes de persécution. C'est depuis le mariage de sa fille (12 octobre 1935), qu'elle a constaté un changement dans l'attitude de son entourage : on la narguait, on se moquait d'elle, on faisait des allusions à son sujet. Au cours de son travail elle était suivie. Elle n'entendait parler que de vols, de choses perdues. Chez elle, bruits de pas toute la nuit. Elle craint qu'il ne soit arrivé quelque chose à ses enfants. Elle pense qu'on est jaloux d'elle. Fond de déséquilibre émotif.* » (Dr DEMAY).

La malade veuve de guerre, remariée puis divorcée, eut de son premier mariage deux enfants qui sont bien portants ; elle est employée dans une maison de modes, où elle a travaillé jusqu'à la semaine dernière. La solitude où l'a laissée le mariage de sa fille lui fut très pénible : tout de suite elle s'est ennuyée beaucoup. Depuis ce moment, M^{me} L. éprouve un sentiment d'hostilité de l'ambiance. Tout le monde a changé à son égard. Dans son travail on se plaît à la narguer sans cesse, on l'accable de moqueries, « on la met en boîte » ; devant elle on ne parle que de vols, d'objets égarés. L'une disait : « Tiens, ma boucle est perdue », « ma ceinture est tombée ». On simulait même le vol. Personne ne l'accusait, mais « elle comprenait bien ». Quand il fut question de la perte d'une boucle, elle-même venait d'acheter une boucle qu'elle avait oublié de payer. Inquiète, elle s'est d'ailleurs empressée d'aller régler cette dette. Ses collègues la méprisaient. Quand elle rentrait, on disait : « Ah ! que ça sent mauvais ! » Au vestiaire, elle retrouvait toujours son manteau par terre. Ses collègues l'évitaient. Sa patronne ne la regardait plus. Elle cessa de lui offrir une tasse de tilleul à 6 heures, comme elle en avait l'habitude.

Quelque temps plus tard survient « l'incident de la livraison ». La patronne l'envoie livrer des chapeaux chez une étrangère ; cette femme lui refuse le bon de livraison, et refuse également de régler la facture, prétextant une panne d'électricité ; comme M^{me} L... insiste

elle la jette dehors, « sans les chapeaux et sans l'argent ». « Ils étaient quatre contre moi ; la dame m'a même giflée. » La malade éprouve un gros choc émotif ; « elle trébuchait et tremblait comme une feuille ». Le lendemain elle refuse de porter une lettre et de faire un encaissement. « Elle avait peur de la responsabilité et craignait encore d'être giflée ». Il est alors question de la renvoyer. La malade pense que cet incident est le résultat d'un complot entre la patronne et les vendeuses ; le lendemain, au magasin, on a également simulé une panne d'électricité. Dans la rue, elle voit des gens suspects, elle a senti « qu'on tirait son sac », elle s'est cru suivie. Elle avait remarqué à plusieurs reprises qu'on la suivait depuis le mariage de sa fille. La nuit elle entend des bruits de pas et des bruits d'eau à l'étage supérieur et s'en inquiète, car le logement est inhabité ; elle pense que quelqu'un s'y cache. Interprétations multiples ; illusions, elle s'aperçoit bientôt que tout le monde parle d'elle sur son passage : on fait des allusions à son fils : « Il est rentré, son fils, il a retrouvé du travail ». Un autre dit « : On connaît un dessinateur qui a été mis à pied. » Elle entend encore : « Ce pommadin est rentré. Dites à Louissette qu'on lui écrit. » Ebauche de systématisation. Il s'agit d'une simple jalousie d'atelier « parce qu'elle a marié ses enfants gentiment ; on a cru aussi qu'elle avait quelqu'un... »

Anxiété croissante. Sa patronne l'a accusée de lui offrir des bons empoisonnés. On la suit partout. En dernier lieu elle a entendu marcher dans le couloir toute la nuit. Elle n'a jamais perçu de paroles. « Je jurerais qu'il y avait quelqu'un la nuit » dit-elle. Elle croit qu'elle gêne. C'est un véritable complot. Elle croit que des commissionnaires de la maison où elle travaille s'allient à des Allemands pour la supprimer.

Anorexie. Insomnie, cauchemars, *anxiété*. Une nuit, elle croit « que son fils a les deux bras coupés, qu'il s'est suicidé, que sa fille est pendue à la fenêtre. Son fils va être flagellé et mis à mort, ainsi qu'elle-même ». Spleen. Dépression. Idées de suicide. Enfin la malade va se plaindre au commissariat, à deux reprises le même jour, de ce qu'elle entendait marcher sans cesse dans le couloir et « qu'il était arrivé malheur à son fils ». Elle est alors conduite à l'Infirmerie Spéciale.

Dans le service, la malade est calme, dort bien, s'alimente régulièrement ; l'anxiété et la dépression s'amendent rapidement. Le 17 mars, elle reconnaît que « ses frayeurs » étaient pathologiques : « je déraillais bien tout de même », mais elle conserve la conviction en l'hostilité de l'entourage. « On était méchant depuis un an »... Pas d'idées de persécutions actuelles.

Emotivité. Débilité mentale légère.

Tremblement menu des doigts.

Pouls : 104.

Dénégation d'excès éthyliques. Caféisme.

Début de ménopause (?). Règles irrégulières et insuffisantes depuis 6 mois.

Certificat de quinzaine. « Idées de persécution de caractère rétrospectif développées sur un terrain de déséquilibre émotif ; tempérament impressionnable, emporté, soupçonneux. Surmenage. Choc émotif. Reste convaincue de l'hostilité de l'entourage. Se montre calme. » (Dr DEMAY).

Amélioration progressive et rapide. En avril, rectifie les idées délirantes. « Elle avait l'idée qu'on voulait lui faire peur, parce que tout le monde la regardait ». Elle n'a jamais entendu de paroles, « c'étaient des idées qui lui venaient ». La malade n'est plus déprimée actuellement. Au contraire légère excitation intellectuelle, parle avec volubilité, rit, mais sans fuite des idées et sans troubles de l'attention.

Sortie guérie le 6 mai 1936.

2^o Délires de persécution paranoïaques.

Dans d'autres cas il s'agit de constitutionnels, qui correspondent aux *paranoïaques* de GENIL-PERRIN avec les caractères principaux : 1^o L'orgueil, la vanité, la surestimation de soi-même ; 2^o la méfiance ; 3^o la fausseté du jugement par déformation passionnelle ; 4^o l'inadaptation sociale. MONTASSUT insiste encore sur la psycho-rigidité spéciale du paranoïaque, sorte « d'attitude psychique primaire » qui commande son comportement. Ces tendances sont d'ailleurs habituellement plus ou moins dissociées. Pour DIDE la réaction passionnelle dans l'idée délirante est le résultat d'une structure organo-psychique spéciale : la *constitution passionnée* « dominée par une vigueur anormale des instincts le plus souvent égoïstes, une extrême activité, une puissante affectivité, capable d'obscurcir partiellement la rectitude du jugement ».

G. de CLÉRAMBAULT insiste sur le mécanisme de ses délires passionnels, dont la base est le « conflit idéo-affectif » ou « postulat », et signale, à côté des cas durables, les formes courtes (quérulances courtes, colères délirantes prolongées).

Ces délires typiquement paranoïaques, au sens de GENIL-PERRIN et de MONTASSUT, sous-tendus par des tendances constitutionnelles particulièrement tenaces, sont de ce fait les plus persistants. C'est dans ces cas que le pronostic doit être toujours réservé, malgré l'existence d'une belle unité délirante à structure de réalité, qu'il s'agisse de délire de persécution ou de délire de revendication. Cependant quand les tendances caractérielles ne sont pas trop accentuées, des épisodes délirants successifs — la récidive dans ces cas est en effet la règle — peuvent alterner avec des intervalles à peu près normaux. Là est la frontière entre la raison et la folie, sur laquelle, après BALL, beaucoup d'auteurs ont insisté. Nous croyons être en ceci d'accord avec notre maître GENIL-PERRIN, qui, d'une part, a bien étudié, à côté du grand paranoïaque délirant, les *petits paranoïaques* et la gamme de leurs réactions morbides et qui, d'autre part, dans ses expertises de tels sujets, ne manque jamais, quand il conclue à l'internement, de faire une réserve quant à leur amélioration possible, pouvant alors permettre la libération du malade après une nouvelle expertise.

OBSERVATION XV

(Malade du service de M. le Dr GUIRAUD)

Mlle Catherine X..., 49 ans, est l'objet, le 5 juillet 1936, du pittoresque certificat de placement suivant : « Une mégère sans cesse en discussion avec ses voisines et ses concierges qui la persécutent, répandent sur elle des bruits calomnieux, ouvrent sa correspondance, en retardent la remise, lui causant par là un préjudice considérable qui se chiffrerait par une somme importante, si elle demandait des dommages et intérêts. Discussions incessantes de palier, de maison, voire de quartier : répand des bruits calomnieux sur ses voisins, sur les commerçants du quartier. Epie les conversations ; centre sur elle-même tous les groupements d'interlocuteurs qu'elle peut surprendre dans la loge des concierges ou dans l'escalier. Lettres de plainte de la malade au propriétaire, au gérant, au Préfet de Police, au Procureur de la République. Gamme progressivement ascendante des personnages sollicités de lui venir en aide. Réticences. Protestations... Affirmation de sa philanthropie. Interprétations. Aucun

élément hallucinatoire. Constitution paranoïaque. Examen physique négatif. »

Nous ne pouvons qu'ajouter quelques détails à cette exacte description d'un « délire de palier, de maison, de quartier », développé sur un terrain nettement paranoïaque.

Cependant cette vieille fille eut une jeunesse sans histoire. Tour à tour cuisinière, bonne à tout faire, elle a toujours travaillé régulièrement et restait en général plusieurs années dans la même place à l'entière satisfaction de ses patrons. Elle a en effet d'excellents certificats et sa patronne actuelle, qui l'emploie depuis 7 ans, protesta ultérieurement contre son internement, vantant « son bon sens et son caractère égal », tandis qu'une vieille dame se chargera de l'accueillir chez elle à sa sortie, « la connaissant bien et l'estimant beaucoup depuis 18 ans. »

La malade habita pendant 22 ans avec sa mère et sa sœur. Elle soigna sa mère malade et aida sa sœur à élever son enfant, soutenant enfin toute la famille par son travail. Elle vécut en parfaite intelligence, non seulement avec les siens, mais encore avec les locataires et la concierge de l'immeuble. « J'ai eu une vie toute droite, je n'ai fait que du bien », se plaît-elle à dire avec quelque *vanité*. Cependant, après la mort de sa mère, elle loue dans un autre immeuble, il y a 14 ans, la chambre qu'elle a occupée jusqu'à maintenant. Dès le début les concierges furent mal disposés à son égard, car ils désiraient sa chambre pour leur fille, et le concierge, qui était ivre, l'a insultée en lui remettant son acte de location. Toutefois elle eut « à peu près la paix » pendant 4 ans. Mais, il y a 10 ans, elle fut agacée par la nièce des concierges qui habite à côté de chez elle. Elle venait écouter à sa porte, recevait des hommes, qui se trompaient et venaient frapper à la porte de la malade. Elle va se plaindre à l'oncle concierge, une dispute s'ensuit. Depuis ce temps elle est en butte à l'hostilité de tout le monde. On la met en quarantaine. Les locataires, qui autrefois lui donnaient raison, se détournent d'elle, ne la saluent plus. La concierge les « ameute » contre elle. Une pétition fut même faite contre elle, il y a 3 ans et « ceux qui n'ont pas voulu signer, on a signé pour eux », ajoute la malade. En effet, certains locataires la soutiennent encore ; cependant elle eut des histoires avec une voisine de palier, une alcoolique, « qui bougonne toujours contre elle ». Des locataires, à qui elle avait prêté de l'argent, ont également fait « des cancons ». Discussions répétées avec la concierge à propos de son courrier (alors qu'elle ne reçoit pas 10 lettres par an). Elle lui remet ses lettres avec plusieurs jours de retard. Depuis quelques mois, elle les ouvre même pour les lire avec

une locataire et la boulangère qui en répètent le contenu jusqu'au bureau de chômage. Ces gens lui ont fait perdre sonc hôte, une place, ainsi qu'un secours. Dans l'escalier et dans la loge, elle a surpris des conversations entre concierges et locataires. On la calomnie ; quelquefois on la nomme franchement, parfois on fait seulement des allusions qu'elle comprend fort bien. Disputes avec les concierges, échange d'injures, un jour « l'homme lui a jeté son chausson par la tête ». Calomnies, ou accusations difficilement vérifiables, quant à la vie privée de la boulangère, de certains locataires : « la concierge prête son lit pour cinq francs ». En 1935, un homme a essayé de crocheter sa porte, elle a trouvé des traces d'effraction au niveau de la serrure. On n'a pas pu pénétrer chez elle, mais elle a craint qu'on n'eût marqué sa porte. C'était pour lui faire peur. La locataire-alcoolique continue de gratter sa porte, de la maculer avec de la suie. Hostilité du gérant de l'immeuble ; à la suite de la pétition, il la menaça de lui donner congé. Elle est persuadée que « le gérant a payé pour la faire enfermer à l'asile. »

Plaintes répétées de la malade au gérant, à l'Administration des P. T. T. « parce qu'on ouvrait ses lettres ». Les reçoit maintenant poste restante. En 1936, plainte au Préfet de Police, puis au Procureur de la République.

La malade ne revendique pas actuellement de dommages-intérêts pour le préjudice subi.

Dans le service elle se montre calme, s'occupe régulièrement, n'exprime aucune idée de persécution actuelle, aucune hostilité. Persiste à croire à la réalité des persécutions dans l'immeuble. Est incapable de se rendre compte du caractère pathologique de sa conduite. Accepte difficilement la proposition qu'on lui fait de changer de logement.

Certificat de situation en date du 4 décembre 1936 : « Déséquilibre mental avec constitution revendicatrice. Graves troubles du caractère et idées de persécution datant de plusieurs années. Hostilité contre sa concierge, contre une co-locataire, contre le gérant. Exagération et déformation de faits réels, sans importance, hypothèses malveillantes contre tout son entourage, interprétations délirantes. Plaintes déraisonnables. » (D^r GUIRAUD). A cette époque la malade manifeste dans le service quelques troubles de caractère : irritabilité, récriminations. Ces troubles s'amendent au début de février quand on envisage la sortie de la malade, sous conditions. De plus, elle atténue notablement l'importance qu'elle attachait à ses griefs imaginaires, accepte de déménager. Attitude beaucoup moins réticente et obstinée, plus confiante envers le médecin. Impression

de détente. Dans ces conditions la sortie est accordée le 7 mars 1937.

3^o *Délires psychasthéniques de persécution.*

Chez d'autres malades ce ne sont pas des tendance caractérologiques paranoïaques dans le sens défini par GENIL-PERRIN que l'on retrouve, mais à l'opposé, l'hyperémotivité, une sensibilité extrêmement accessible et vulnérable jointe à la tendance au scrupule et à l'anxiété, l'égoïsme (et non pas égoïsme) sous forme d'amour du foyer, de conscience professionnelle exagérée, etc., propension à l'introspection, à la critique de soi-même sans aucune surestimation de soi, sans humeur combative, tous traits de nature typiquement *psychasthénique*. Chez de tels sujets le délire se développe « sur un sentiment d'insuffisance humiliante ». Ces délires paranoïaques hyposthéniques ont été bien étudiés en Allemagne, comme nous l'avons vu, par BLEULER, GAUPP et surtout KRETSCHMER (*Sensitive Beziehungswahn*), qui les ont rangés dans le groupe des Psychoses paranoïaques en précisant que « diverses dispositions peuvent donner naissance à un tableau clinique de paranoïa, la disposition à la paranoïa différant du caractère paranoïaque » (BLEULER). « Il y a des paranoïaques et non pas une paranoïa » (KRETSCHMER). En France, ARNAUD, RAYMOND et JANET ont montré, dès 1898, cette propension au délire chez les psychasthéniques, quand ils notent l'apparition de délire de persécution qu'ils appellent « paranoïa rudimentaire », chez ces mêmes sujets qui présentent le syndrome « d'obsession des scrupuleux ». Ces délires psychasthéniques correspondent encore au délire de supposition, au délire interrogatif de CAPGRAS et X. ABÉLY, aux psychoses se sensibilisation de Mlle PASCAL.

Tous les auteurs ont insisté sur la curabilité fréquente de ces délires, dont certains dépassent cependant le cadre des délires à structure de réalité, que nous étudions spécialement dans ce chapitre.

Avant de rapporter quelques observations, nous ouvrons ici une parenthèse à propos du terme « constitutionnel » que nous venons d'employer à plusieurs reprises : nous pré-

cisons que nous l'entendons non pas dans sa définition rigoureuse, en tant que constitution innée et immuable, mais au sens large du terme, traduisant de simples prédispositions individuelles, traits de caractère, comme l'admet GENIL-PERRIN lui-même, qui préfère substituer « à la notion de constitutions psychopathiques rigoureusement compartimentées, la notion de tendances psychopathiques constitutionnelles, émergeant isolément ou associées à un fond de déséquilibre ». Et nous ne méconnaissons pas, à côté des éléments innés du caractère, le rôle important dans le développement d'une personnalité du milieu et des expériences vitales que le sujet subit. Nous ne négligeons pas non plus de mettre en évidence le rôle de la réaction à certains événements (« Erlebnis » des auteurs allemands) traumatisants, à forte charge affective, intensément vécus, dans l'éclosion des délires que nous étudions. « Aucun événement mental — écrit JASPERS — n'est dû aux seules dispositions individuelles ; mais il résulte toujours de l'action réciproque des dispositions individuelles d'un côté, et de l'autre des conditions et des événements extérieurs ».

SÉRIEUX et CAPGRAS eux-mêmes admettent dans la définition de leur délire d'interprétation, que c'est sous « l'influence des conflits sociaux »... que cette constitution psychique anormale provoque la prédominance d'un état idéo-affectif, sa persistance, son rayonnement.

La notion essentiellement « dynamique » du rôle des facteurs réactionnels dans la psychogénie des psychoses dites paranoïaques — notion que nous devons à la psychopathologie allemande (en particulier à BLEULER et à KRETSCHMER, et qui fut introduite en France par le P^r CLAUDE et ses élèves) est actuellement trop connue pour que nous ayons la prétention d'y ajouter une contribution nouvelle.

OBSERVATION XVI

(Malade du D^r GUIRAUD. Observation due à l'obligeance de M. le D^r PETIT).

Monsieur Auguste X..., âgé de 41 ans, est interné d'office le 8 mars 1923, avec le certificat suivant :

« Est atteint de délire de persécution systématisé. Forme interprétative avec état affectif continu d'une intensité passionnelle (indignation, vindication. Tendance marquée aux réactions les plus violentes.

2° Complot contre lui depuis au moins 1917, nous dit-il. Mœuvre ou manifestations hostiles, sans discontinuité, dans sa maison, dans les milieux de l'enseignement et sur la voie publique. Coups frappés au plafond et le suivant de chambre en chambre, regards et gestes des passants, jeux de mouchoirs, crachements, coudolements volontaires dans le Métro, grouillements, balles lancées par des enfants. Provocations organisées, innombrables et incessantes (*sic*) figurants, entrepreneurs spéciaux, provocateurs, cracheurs (*sic*) carnivals et jeux de cirque (*sic*), cabale occulte, secrète, etc... Mêmes agissements autour de lui au cours d'un voyage en Allemagne. Vexations continues dans son lycée ; papiers et chiffons dans la classe, taches sur sa chaise, balai oublié à dessein. Le concierge lui tourne le dos, le garçon de salle lui parle en tenant une poubelle, un élève lui lance de la craie, tous épisodes dus à un mot d'ordre général. Un Proviseur passe le mot à son successeur. On connaît des détails intimes sur sa santé. Lettre d'un collègue M. V. ou deux syllabes situées à plusieurs lignes de distance, mais dans une même verticale donnent « quel c... » Actes symboliques ; un passant plonge la pointe de son parapluie dans le ruisseau en le regardant et par là le compare à la boue, deux jeunes gens s'obstinent à le suivre en traînant un petit renard en laisse ; il sera donc traqué comme un renard.

3° Recherche continue des causes et de l'instigation initiale : son indifférence religieuse, ses théories sociales ; les origines allemandes de sa femme, peut-être une offense inconsciente faite à quelque grand personnage encore indéterminé. Elargissement progressif des explications, tendance au complot politique. Tolérance coupable de la police, qui lui devrait sa protection. Inscriptions journalières des provocations sur des carnets. Protestations. Plaintes répétées aux supérieurs hiérarchiques (peut-être 30, dit-il). Reproches faits de commander les vexations. Assurance donnée qu'il se défendra avec une arme. Irruption chez des voisins, altercations avec d'autres, algarades et rixes dans la rue. Voies de fait très graves contre M. V. et menaces de mort, après une demande d'explications et d'excuses. Vitupérations contre le Président de la République. Tous faits et tous propos ci-dessus reconnus par le malade, en notre présence, oralement et pour la plupart, par écrit.

4° Attitude caractéristique. Réticence foncière, malgré un désir

de franchise. Dérobades, arguties. Phraséologies. Aveux formels suivis de dénégations impudentes, puis de nouveaux aveux formels. Doutes simulés. Doutes passagers mais superficiels. Persistance foncière de la conviction, refus de toute preuve, *oscillations* se terminant par une explosion coléreuse. *Fonds scrupuleux, obsessionnel et émotif* (1). Pendant un an hypocondrie, soit totalement injustifiée, soit à tout le moins exagérée (1917).

5^o Chronicité avérée. Marche progressive. Bases affectives des convictions, incapacité radicale de rectifier. Véhémence. Aggressivité particulière. Compréhension du cas insuffisante, et subsidiairement réticence chez la famille. Regardé comme persécuté dans le milieu universitaire depuis l'année 1914. Mis en congé après examen psychiatrique. Certificat de deux aliénistes qualifiés, concluant au danger public et imminent. Malade instruit, lucide, judicieux, susceptible de sympathie, capable de dissimulation suivie, éminemment apte à tromper l'observation, pendant quelques années encore, malgré la progression infaillible du délire. » (D^r DE CLÉRAMBAULT).

Certificat immédiat (le 11 mars 1923).

« Est atteint de délire systématisé progressif. Nombreuses interprétations délirantes, voit partout des allusions, des provocations, des insultes, des menaces.

Etat déjà ancien d'inquiétude et de méfiance pathologique ; raffinement de précision dans la pensée et dans les mots. Avoue les réactions violentes qui ont provoqué son placement. » (D^r GUIRAUD).

Certificat de quinzaine : « Est atteint de délire systématisé à forme interprétative. Depuis plusieurs années état pathologique de méfiance se manifestant par de nombreuses interprétations délirantes : allusions, provocations, insultes, menaces à son domicile, dans la rue, dans le métropolitain. Des « cracheurs », des « moucheurs », des « frappeurs » lui apparaissent comme des agents provocateurs agissant suivant un mot d'ordre. Tendance au symbolisme verbal, déformation passionnelle de la réalité (lit verticalement une lettre amicale et y voit une insulte). Début de systématisation délirante suivant un thème de persécution encore *dubitatif*. Certains personnages politiques ou religieux connus pendant la guerre lui en veulent peut-être de sa conduite ou de ses opinions politiques et sociales. Les agents provocateurs sont peut-être sous leur direction. Réactions vives, altercations multiples et voies de fait à son domicile, dans la rue, dans le métropolitain. Violences sérieuses sur un de ses collègues.

Recherche excessive de la précision verbale, explication filandreuse

(1) C'est nous qui soulignons.

sur des faits accessoires basés toujours sur de la méfiance pathologique. Incapacité de se maîtriser quand il se croit insulté ou quand il estime que sa dignité est en jeu.

Doutes, scrupules. Tics de la face.

Calme depuis son entrée, mais sans modification du délire. A maintenir. »

(D^r GUIRAUD).

Certificat de situation (13 août 1923).

« Est atteint de psychose interprétative. Les interprétations délirantes, la tendance au symbolisme verbal et la systématisation sont *atténuées depuis l'entrée sous l'influence de l'internement*. Pas de modification foncière de l'état mental. Même méfiance et même susceptibilité pathologiques se manifestant à l'égard du personnel infirmier. Le système délirant élaboré est considéré actuellement *comme une hypothèse peut-être fausse* (1) mais non une manifestation morbide. Tendance à l'isolement. Doit être maintenu. Les réactions violentes qui ont nécessité son placement ne manqueraient pas de se reproduire. »

(D^r GUIRAUD).

Certificat de situation (Le 22 décembre 1923).

A été interné pour psychose interprétative. Manifestait depuis plusieurs années un état d'inquiétude avec susceptibilité exagérée, méfiance, *hésitation perpétuelle, recherche anxieuse et jamais satisfaite* (2) de la précision dans ses états affectifs, sa pensée et ses mots. Progressivement depuis quelques années a élaboré un délire basé exclusivement sur des interprétations avec début de systématisation, qui était l'explication paralogique de son inquiétude et de son insécurité. Est arrivé à quelques interprétations symboliques et à l'utilisation de formules recherchées faisant craindre l'apparition de néologisme. Ebauche d'un système assez ample : pensait que le gouvernement et peut-être l'Église s'occupaient de lui. Réactions vives à trois reprises sur des inconnus par sentiment de provocation. Violences sur un de ses collègues qui, croyait-il, l'avait injurié par écrit de façon détournée. *Le système délirant a toujours été imprécis et dubitatif* (3). Depuis que Monsieur X... est soumis à notre examen il n'a jamais présenté la moindre réticence, mais au contraire une grande sincérité. Son extrême souci de la précision, son hésitation à affirmer, ses explications scrupuleuses et interminables pourraient donner le change à ce sujet. Pendant les premiers mois de son séjour,

(1) C'est nous qui soulignons.

(2) *Idem.*

(3) *Idem.*

à propos de faits insignifiants (poche de pantalon décousue, défaut de salut d'un infirmier), interprétations toujours à type dubitatif. *Rectification progressive du thème délirant. Depuis 4 mois conviction sincère de la réalité de ses troubles mentaux* (1), abandon de ses interprétations, regret souvent exprimé de ses actes de violence. *Persistance de la constitution inquiète, scrupuleuse, de l'état d'hésitation affective et intellectuelle, introspection continue* (2), pénible, recherche encore d'un idéal moral. Ces troubles de la cénesthésie psychique sont incapables d'amélioration. Mais l'internement et le traitement moral ont donné de bons résultats quant à la façon dont ils sont élaborés par l'intelligence et la volonté consciente. *Le malade est arrivé à les éprouver comme des phénomènes morbides personnels et à éviter de les expliquer par une intervention exogène. Développement de l'inhibition volontaire.*

Depuis cinq mois Monsieur X... est régulièrement calme, très maître de lui. Il n'est pas actuellement dangereux. Cet état peut se prolonger très longtemps.

Mais une récédive d'activité interprétative et de méfiance à l'égard des personnes est très probable. Son développement sera certainement progressif et ne peut pas passer inaperçu aux yeux de sa famille et de son entourage. Ce n'est qu'après des mois et des années d'hésitation et d'inquiétude que ce sont produites les réactions vives ayant provoqué l'internement actuel.

Si Monsieur X... peut être soustrait à la vie de Paris dont l'animation et l'encombrement sont très défavorables à son état mental ; si sa famille s'engage à le placer dans une maison de Santé *dès le début d'une nouvelle poussée de délire, sans attendre que les réactions vives se soient manifestées, il peut être mis en liberté.*

(D^r GUIRAUD).

La précision des certificats nous dispense de toute observation.

Ajoutons que ce malade a été vu 6 mois après sa sortie ; il était en très bon état mental, sauf quelques imperfections d'ordre psychasthénique, et jusqu'à l'heure actuelle, *treize ans après sa sortie*, il n'a pas présenté de troubles mentaux. Monsieur X... a été réintégré dans ses importantes fonctions, qu'il continue d'assurer depuis treize ans sans qu'aucun incident se soit produit.

Nous donnons cet exemple pour montrer un *cas limite* pour lequel le diagnostic entre le délire à structure de réalité et délire déréel est particulièrement difficile. L'intensité de l'état psychasthénique

(1) *Idem.*

(2) *Idem.*

donnait une impression d'hésitation, d'imprécision de la pensée que l'on observe chez certains paranoïdes. L'élément qui avait joué le rôle le plus important dans le pronostic de chronicité était la lecture verticale d'une lettre signalée dans le certificat de quinzaine, dans laquelle des juxtapositions de syllabes constituaient une insulte. Il semblait bien qu'on fût en présence d'une action directe du délire sur l'intelligence conduisant le malade au raisonnement verbal et aux analogies verbales. Cependant la famille avait attiré dès le début l'attention du Dr GUIBAUD sur le point que, pendant la plus grande partie de la guerre, le malade avait été affecté au déchiffrement des messages ennemis et que, familiarisé avec les cryptogrammes, il avait pris l'habitude d'étudier les textes dans tous les sens. Cette explication qui avait été repoussée un peu légèrement par les médecins semble avoir été confirmée par l'évolution vers une guérison durable.

L'observation suivante est la plus récente de toutes : si la guérison n'est pas encore complète, l'évolution nous paraît cependant s'annoncer comme très favorable. De plus, outre cet intérêt pronostique, ce cas présente pour notre travail un autre intérêt : il pourrait être classé aussi bien dans la première que dans la seconde catégorie de nos délires curables, *un court épisode délirant oniroïde s'étant greffé sur un délire à structure de réalité*. Nous le plaçons dans cette seconde partie, l'évolution du délire ancien nous paraissant de beaucoup la plus intéressante. Il s'agit d'un délire de relation de KRETSCHMER, qui s'est épanoui dans un village de la Beauce.

OBSERVATION XVII

(due à l'obligeance de M. le Dr Henri Ey)

Mlle Marie M..., 42 ans, entre à l'Asile de Bonneval le 9 janvier 1937 pour un délire de persécution ancien avec hallucinations auditives et réactions anxieuses récentes.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires : Le père de la malade est décédé d'une affection inconnue, sa mère est bien portante : elle a deux sœurs également bien portantes, qui sont mariées.

Notons que notre malade, qui ne fit aucune maladie importante,

est restée *célibataire*. Elle vit avec sa mère et travaille dans son village à la journée, comme couturière, serveuse de café et l'été aide aux travaux des champs. Elle est de l'avis de tous une excellente ouvrière. Nous apprenons que la malade est douce, très consciencieuse, scrupuleuse, et vertueuse, on ne lui connaît pas d'aventures amoureuses », nous a-t-on dit ; cependant elle est sociable et assez gaie. « D'ordinaire, je comprends bien la blague », affirme-t-elle.

A son entrée la malade est un peu exaltée, cependant lucide, nullement hostile. Elle est bien orientée. Elle nous apprend que depuis plusieurs années « on lui fait une mauvaise réputation dans son village ». On lui disait qu'elle était une sardine parce qu'elle avait traité un homme de maquereau ». L'apparition des idées de persécution coïncide avec un incident érotique, qui remonte à une dizaine d'années et fut pour notre malade un gros *choc affectif* ; il nous paraît bien être la cause déclenchante du délire : Un jour qu'elle servait au café, un garçon boulanger s'est moqué d'elle, lui a dit des obscénités et a relevé ses jupes. Elle le repoussa avec indignation. Marie, qui avait à cette époque 30 ans, connaissait ce garçon depuis quelques mois, il était plus jeune qu'elle, « trop jeune pour elle », avoue-t-elle, « il était assez beau garçon »... Ils avaient échangé quelques paroles et quelques plaisanteries au café... sans plus. Marie s'était aperçue « qu'il l'aimait bien » et un mois avant l'incident, il lui avait offert sa chevalière en or « pour s'amuser avec elle » ; elle avait refusé ; cependant ce garçon ne lui était pas indifférent, un peu plus tard, certainement jalouse, elle lui fait des remontrances parce qu'il courtisait une jeune servante ; et lui dit alors : « Pour un maquereau comme vous, il faut une belle sardine ». Comme on lui demande si elle aurait voulu être cette « belle sardine », elle avoue volontiers, en riant, que c'était sans doute son désir. Cependant, à la suite « de cet acte grossier », la malade repousse définitivement le garçon boulanger. Elle évite de le rencontrer ; d'ailleurs lui-même semble la fuir. Il se marie quelques mois plus tard et habite au village pendant un an encore ; cependant elle ne l'a jamais revu et n'a non plus jamais vu sa femme. « C'est bien à croire qu'ils se cachaient de moi », nous dit-elle. Marie éprouva de ce définitif abandon un profond chagrin, qu'elle dissimula à ses parents et n'avoue encore, après dix ans, qu'avec pudeur.

C'est peu de temps après l'incident, à une époque qui paraît coïncider avec les fiançailles du jeune homme, que Marie s'aperçoit de l'hostilité des habitants et comprend qu'« on lui fait une mauvaise réputation dans le village ». Elle entend tout d'abord à plusieurs reprises qu'on prononce le mot « sardine », quand on la ren-

contre au café, au marché, toujours assez distinctement et assez près d'elle pour qu'elle l'entende et comprenne bien qu'il lui est adressé, mais toujours aussi de telle façon qu'elle ne puisse pas répondre. C'est entre deux portes, par exemple, quand elle entre chez un commerçant, le mot est lancé, puis on se tait vite et les gens « reprennent leur air habituel ». Elle comprend bien qu'on l'appelle sardine, parce qu'elle a traité le garçon boulanger de maquereau. C'est très clair, et par là, on se moque d'elle, on insinue qu'elle fut « sa sardine », on veut dire qu' « elle a couché avec ce garçon ». Elle n'a jamais surpris d'accusations plus explicites, mais elle « sent qu'on la soupçonne » et souffre beaucoup « de cette mauvaise réputation qu'on lui fait à tort ». Elle croit, tout en restant dans une attitude dubitative, qu'il s'agit d'une vengeance du garçon boulanger qui a raconté cette histoire, en l'enrichissant de détails faux ; d'ailleurs ne se cache-t-il pas ? Cette calomnie fut d'autant mieux accueillie que beaucoup étaient jaloux d'elle, « jalousie de travail » parce qu'elle était une bonne et courageuse ouvrière.

Tout en reste là pendant des années, on la calomnie seulement ; jamais on ne la contrarie dans son travail ; Marie continue de mener une existence active et normale ; elle ne s'est jamais confiée à personne. « J'étais en rogne (*sic*), avoue-t-elle, cependant indifférente à ces cancans, puisque j'avais la conscience tranquille. » Elle ne s'est jamais livrée à des réactions violentes.

Mais au début de l'année dernière « ces cancans se sont étendus à tout le village. » C'est maintenant tous les jours, à tout propos, qu'on lui lance l'injure, l'unique, la monotone injure : « sardine ». C'est maintenant un véritable complot. *Les expériences délirantes se multiplient* : Au mois de juin, ayant fait ressemeler ses chaussures chez le cordonnier, elle va acquitter la note deux jours plus tard ; le cordonnier, d'un air goguenard, lui demande alors « s'il n'y avait pas autre chose... » Il brûlait de le dire. Elle pense qu'il s'agit peut-être d'une boîte de cirage, et rentrée chez elle elle examine la boîte à chaussures et découvre... « une caricature, un maquereau » dessiné au crayon sur l'envers de la boîte. « Ce n'était pas très visible, un peu brouillé, avoue-t-elle, mais assez net et certainement pas dessiné par un enfant. » La malade est persuadée, par l'attitude générale, que « beaucoup avaient dû voir ce dessin avant »...

Le 14 juillet, « elle est insultée en plein banquet », elle servait le café, un musicien qu'elle ne connaissait pas, « un gamin », la traite à haute voix de sardine ; il ne lui a pas lancé l'injure en pleine face, mais elle était tout près de lui à ce moment ; ce mot ne pouvait être destiné à un autre. Tout le monde l'a entendu. Ce musicien était

certainement « soutenu par des gens du pays » qui avaient organisé cette farce.

A cette époque commence en Beauce la moisson ; Marie travaille donc aux champs toute la journée, on la laisse alors tout à fait tranquille.

En septembre elle recommence de travailler comme couturière à la journée. C'est alors qu'elle s'aperçoit un jour, de la présence *d'enquêteurs*. C'étaient deux inconnus, naturellement, « deux hommes très bien », l'un surtout qui était grand et blond, « dans les 35, 40 ans ». Ils sont passés à plusieurs reprises devant le café où elle travaillait, puis ils sont entrés. Ils la fixaient d'un air sévère, ils ont demandé un jeu de cartes, puis l'ont aussitôt refusé. *Ils ne lui ont pas parlé*, mais elle a très bien compris qu'ils étaient envoyés du chef-lieu pour la surveiller parce qu'« on avait envoyé ça (la caricature du maquereau) à la police ». D'ailleurs le lendemain une de ses cousines a dit à sa fille : « Elle va être appelée au tribunal de Ch... » Marie était dans la pièce voisine ; elle comprend qu'il s'agit d'elle... Ces deux hommes étaient bien des inspecteurs... Elle va être punie « parce qu'on a fait courir le bruit qu'elle s'est amusée dans un café avec un homme. Une salle de café, c'est un lieu public. Ce serait donc bien passible d'une peine... si ça avait été vrai ».

La malade éprouve alors un sentiment d'inquiétude croissant, elle perd l'appétit, dort mal. Cependant elle travaille toujours régulièrement. Elle n'a plus revu les agents de police, personne ne la suit dans la rue : chez elle, elle n'a jamais remarqué de traces d'effraction, elle n'a jamais non plus vu d'allusions à elle dans le journal local, le seul qu'elle lise, « la campagne de calomnies n'a pas été jusque-là. » Mais *au mois de décembre* dernier le garçon boulanger envoie *des assassins*. Elle les aperçoit brusquement qui faisaient les cent pas dans la rue, devant la fenêtre près de laquelle elle couchait. Elle les reconnaît bien. « Ils portaient des moufles extraordinaires, presque des gants de boxeur ». Ils la regardent fixement et parlent entre eux ; elle distingue très bien leur conversation, bien que la fenêtre soit close : « Regarde-les bien tes agents de police, lui disent-ils ; ils vont te faire ton affaire cette nuit ». « Si je savais qu'elle soit seule, j'entrerais », dit l'un. Cependant l'autre paraît la prendre en pitié : « Maintenant que je l'ai vue, je n'aurai pas le courage », murmure-t-il. Marie ne dit rien à ses employeurs, cependant elle est épouvantée, et pense qu'elle va être tuée le soir en rentrant chez elle. A ce moment se déclanche *l'épisode onirique et oniroïde* avec anxiété intense qui motive son entrée à l'asile. Le soir même, elle refuse de coucher chez elle et va se réfugier avec sa mère

chez sa sœur. Dans la nuit, elle a entendu les assassins frapper à la porte de sa maison toute proche... « Ils sont bien venus... les voisins, j'en suis sûre, les ont entendus. » Les jours suivants elle entend « une voix de l'esprit » qui l'informe des projets de ses assassins ; elle les entend le matin et le soir, au moment où elle va s'endormir, ou quand elle s'éveille. Ces bandits profèrent des menaces : « C'est sa dernière nuit, on tâchera de la plumer ». Ils parlent, entre eux, des ordres qu'ils ont reçus pour l'assassiner. Il y en avait partout, ils étaient là jour et nuit. Cependant elle ne revoit plus ses assassins. Très anxieuse et « très énervée », menaçante, elle ne dort plus. Sa famille « ne veut pas la croire » et l'amène à l'asile au début de janvier.

A son entrée la malade est encore très exaltée : « On est en train de me travailler à l'électricité », dit-elle. D'ailleurs ces troubles ou pseudo-troubles cénesthésiques disparaissent dès le lendemain. « Ici l'esprit lui parle moins, cependant il lui dit encore qu'elle doit parler au docteur qui la sauvera ». Elle est un peu rassurée : « les bandits ne pourront pas venir jusqu'ici, on est bien gardé ».

Elle exprime quelques préoccupations hypocondriques : « Elle va étouffer, il lui faut un lavement pour la dégager, les aliments lui donnent des éruptions... » On note le jour de l'entrée : l'absence de fièvre, un léger état saburral des voies digestives, un assez bon état général. Maigreur. Type longiligne. Eruption barbiturique (la malade n'a pas fait de tentative de suicide).

Certificat de 24 heures. (10 janvier 1937) : « Délire de relation de Kretschmer. Délire de persécution à forme hallucinatoire. Contenus érotiques de thème d'agression et de persécution. Etats oniroïdes avec excitation maniaque. Elaboration délirante déjà ancienne sur des reliquats passionnels et avec expériences délirantes nombreuses depuis plusieurs mois. Exaltation. Lucidité. Assez bonne adaptation. » (D^r Henri Ey).

Dès le 11 janvier la malade est calme, l'anxiété est tombée ; elle s'alimente bien et demande à s'occuper au ménage et à des travaux de couture. Le 13, Marie assure « que les brigands qui la poursuivaient chez elle la laissent complètement tranquille ici. » Elle ne s'inquiète plus, se sentant en sécurité.

Le 23 janvier, elle dit au médecin qu'elle n'entend plus rien depuis le lendemain de son arrivée à l'asile : « C'était comme quelqu'un qui parle bas, et seulement le soir et le matin ; ici c'est fini. » Correction partielle des idées délirantes et de l'activité hallucinatoire. Il persiste seulement sous une attitude de réticence (sans hostilité) une

certaine adhésion au délire. Elle est calme, dort bien et travaille régulièrement.

Le Dr Ey rédige le certificat de quinzaine suivant : « Etat de bouffée délirante chronique paraissant actuellement arrêtée malgré la structure paranoïaque de son délire (Paranoïa abortive). Correction partielle. Caractère inerme des réactions psychiques. Passivité. Tempérament sensitif. Sédation des troubles de l'humeur et du sommeil. »

Le 26 février, la malade se présente à nous dans une tenue soignée, attitude aimable et confiante. Elle nous fait un récit détaillé et jamais contradictoire des diverses étapes de son délire. Elle rectifie complètement l'épisode oniroïde et anxieux. « Je crois que mes voix étaient l'effet de la peur, puisque je ne voyais pas ces gens qui me parlaient. Je comprends maintenant que ce n'est pas possible », dit-elle. Mais surtout la rectification commence à s'étendre au délire ancien qui devient de plus en plus dubitatif. Elle hésite à croire, « que tout le reste était aussi de l'imagination » ; cependant elle accepte notre suggestion, elle ne demande qu'à être rassurée et réconfortée. « Ah, je ne sais plus... (Elle réfléchit...) Je me dis que c'est drôle d'avoir mis les pieds ici, pour que tout cesse... comme il faut devenir!... » puis : « Je vais être forcée de croire en effet que c'est de l'imagination, puisque tout le monde me dit le contraire ». Elle reconnaît enfin que beaucoup de ses convictions étaient erronées. La rectification des idées délirantes est donc sinon complète, du moins beaucoup plus étendue qu'elle ne l'était le mois dernier. Il persiste seulement la croyance à certaines calomnies, la certitude d'avoir souvent entendu prononcer sur son passage le mot « sardine ».

Ce délire, à notre avis en voie de guérison, nous paraît un beau spécimen de délire de relation de KRETSCHMER. Il s'est développé chez une malade qui ne présente aucun des traits de la constitution paranoïaque mais chez laquelle nous retrouvons au contraire beaucoup d'éléments du caractère psychasthénique, sensitif. Ajoutons qu'on ne trouve chez Marie, paysanne un peu fruste, aucune trace de débilité mentale. Elle a obtenu son certificat d'études à 11 ans, elle écrit et s'exprime correctement, et au cours des interrogatoires, elle a fait à plusieurs reprises des remarques fort pertinentes. On ne trouve enfin pas chez elle un trouble foncier du jugement. Sur ce terrain, la cause déclanchante de la psychose est bien ici « l'événement vécu à forte charge affective », « *le conflit éthique d'ordre sexuel* » (de KRETSCHMER). Et l'on suit pas à pas le développement chez cette malade, du délire intégré à sa personnalité tout entière,

bouleversée par l'échec moral, la tension sentimentale, la lutte entre ces deux sentiments également profonds, l'amour et la haine, le thème persécutif enfin n'étant que la projection du sentiment inconscient de culpabilité, né de ses innocentes faiblesses à l'égard du garçon plus jeune qu'elle aimait. Et cette interréaction du caractère et de l'expérience vécue aboutit au délire, *cristallisation* de cette Erlebnis, dont persiste le souvenir obsédant, mais aussi projection du conflit intime inconscient et le mépris de soi-même, le désir de cet amour inassouvi.

Mais ce délire de structure paranoïaque nous paraît en outre comporter tous les éléments de bon pronostic qui caractérisent les délires restés insérés dans la réalité. Pendant des années il est resté simple, pauvre et monotone, limité à une banale « *histoire de village* » de caractère érotique, (commérages, médisances contre une fille vertueuse), fondé sur des interprétations plausibles, enrichies de phénomènes illusionnels et d'expériences délirantes multiples. L'enquête nous confirma le caractère pathologique de telles idées, en nous apprenant que, si l'incident avec le boulanger est exact, la malade jouit d'une excellente réputation dans le village et n'y fut ni plaisantée, ni molestée.

Ce délire enfin nous paraît conserver son autonomie, malgré l'apparition récente d'autres troubles qui sembleraient témoigner d'une dissolution beaucoup plus profonde. Nous pensons qu'il s'agit seulement d'une bouffée hallucinatoire de caractère onirique dont nous n'avons pu retrouver la cause déclanchante, en continuité d'ailleurs avec la structure du délire et la personnalité de la malade, dont le thème, l'agression éminemment symbolique avec identification des agresseurs à l'être aimé, réalise bien une extension de délire ancien. Mais il s'agit d'une extension pourrait-on dire avortée, ainsi que pouvait le faire prévoir la brusquerie de l'apparition de troubles hallucinatoires — qui persistèrent pendant un mois seulement — et furent aussitôt totalement rectifiés. De plus cet épisode éphémère ne nous paraît pas devoir être assimilé à un de ces « moments féconds » si fréquents dans l'évolution des délires chroniques, puisqu'il n'a nullement contribué à enrichir le délire ancien d'une façon durable.

Ce dernier au contraire, sous l'influence du séjour à l'asile et de la psychothérapie a rétrogradé à son tour de façon assez notable pour permettre d'envisager une sortie prochaine de l'asile. Actuellement, le 20 mars, la désagrégation des idées délirantes se poursuit ; le reliquat de la conviction délirante étant seulement soumis à des oscillations si habituelles aux délires hyposthéniques. Marie doit être

mise très prochainement en liberté, sous condition d'un changement de milieu au moins temporaire, qui permettra, nous l'espérons, la consolidation de cette rapide guérison.

M. le Dr Xaxier ABÉLY a bien voulu nous communiquer l'observation résumée d'un malade de sa connaissance, psychasthénique qui a fait plusieurs bouffées délirantes fugaces, restées strictement limitées, et qui n'ont jamais nécessité l'internement, véritable paranoïa très abortive mais récidivante. Nous voulons opposer ces bouffées délirantes discrètes au délire si riche et de longue durée de l'observation XVI, chez un autre psychasthénique. Ces deux observations caractérisent les deux pôles extrêmes d'un délire de structure identique.

OBSERVATION XVIII

M. Z., 30 ans. Antécédents héréditaires et collatéraux : père alcoolique et paludéen, ancien colonial, une sœur internée.

Au cours de son service militaire, M. Z... subit une peine disciplinaire pour avoir égaré une clef dont il avait la garde. Le motif de la punition signalait le défaut d'ordre et d'attention de ce soldat.

Tempérament psychasthénique, douteur, scrupuleux, et en même temps susceptible. A l'occasion de petits états grippaux, M. Z... a présenté trois fois des paroxysmes psychasthéniques avec obsessions, recherches, besoin de précision, irritabilité et interprétations délirantes nombreuses.

L'obsession reste très localisée au réveil du souvenir de sa punition réglementaire : est-il vraiment inattentif et désordonné ? s'en aperçoit-on chez lui et dans son travail ? Sa punition n'a-t-elle pas été connue ? Toutes les questions que lui posent sa femme et son patron sont interprétées comme des doutes émis sur ses qualités d'ordre et d'application et comme des épreuves qu'on veut lui faire subir. Toute allusion à un oubli, à une perte, à une distraction, *même si elle ne s'adresse pas à lui*, est interprétée comme personnelle. Il arrive à croire que le motif de sa punition a été divulgué et est connu non seulement de sa femme, mais aussi de son patron.

Pour avoir des renseignements à ce sujet, il se rend plusieurs fois par semaine aux Invalides, s'adresse à des bureaux divers où il pourrait trouver un répertoire des punitions de son régiment. Il est ainsi connu aux Invalides ; on le reçoit avec patience parce qu'il

distribue des petits cadeaux, mais on ne lui donne aucun renseignement précis et pour cause. Il se demande s'il n'y a pas là quelque manœuvre hostile à son égard, mais ne s'est jamais livré à aucune colère, à aucune violence. Par contre, chez lui il se montre irritable et frappe sa femme, toujours à l'occasion de quelques questions qu'il juge insidieuses.

Pendant la durée de ces épisodes obsessionnels et délirants, pour éviter toute critique possible, tant dans son travail que chez lui, il redouble d'ordre et apporte dans l'exécution des moindres choses, une minutie, un besoin de précision et de méthode qui le font de qualifier de « maniaque ».

Ces états persistent pendant quelques mois. Sous l'influence de phosphates, de cacodylate et autres thérapeutiques reconstituantes et anodines ou sans doute spontanément, le paroxysme psychasthénique et paranoïaque disparaît. Dans l'intervalle M. Z.... se montre calme, affectueux à l'égard de sa femme, regrette ses violences, reconnaît l'absurdité de son obsession et de ses interprétations délirantes. Il a présenté 3 accès identiques en deux ou trois ans.

Il s'agit donc d'un cas récidivant et en même temps d'un cas limite entre l'obsession et le délire. Le caractère délirant des interprétations ne nous paraît pas douteux. Il est inutile enfin de faire la preuve de la structure de réalité de ce délire, né d'un état affectif exagéré de méfiance et qui reste plausible, inséré dans la vie sociale constitué par un choix limité d'idées élémentaires en liaison directe avec le paroxysme obsédant.

40 *Délires de persécution des débiles mentaux.*

Les *déiles*, sous l'influence d'un *état émotionnel* assez fort, de la peur en particulier, et aussi à la suite de chocs affectifs, créeront un délire réactionnel simple et pauvre qui restera pratiquement toujours inséré dans la réalité. Ces cas correspondent à certaines formes bénignes de la Paranoïa de FRIEDMANN, à la forme atténuée du délire d'interprétation de SÉRIEUX et CAPGRAS, « où l'expression du délire reste atténuée, les interprétations peu fréquentes, le système ébauché », mais pour ces auteurs, « ces états sont chroniques aussi bien que les plus accentués ». HALBERSTADT admet pour ces délires une évolution bénigne en ce sens que le délire se fixe, « oublié » par le malade qui se résigne, mais il n'admet pas la guérison totale, « le malade n'abandonnant

jamais la croyance dans la réalité de son ancien délire » ; il s'agit donc là d'un véritable « délire à éclipse ». Cette évolution est certes possible, et nous l'avons signalée, mais à notre avis, une guérison plus complète peut s'observer bien souvent.

Les débiles ont en effet une propension particulière non seulement à délirer mais à délirer uniquement dans la réalité quotidienne. L'égoïsme de la pensée de l'enfant (PIAGET) étant à la base de leur activité intellectuelle, constitue non seulement une manière de pensée, mais l'unique manière possible pour eux. « Le débile se considère lui-même comme un centre », écrit de GREEF. Par cet égoïsme s'explique la tendance à éprouver et à exagérer le sentiment de méfiance. D'autre part son indigence imaginative et associative intellectualisera ce sentiment au moyen de l'expression la plus simple, la plus terre-à-terre, sans que s'impose le choix des idées élémentaires, puisque celles-là sont les seules que le débile soit capable d'élaborer. Sans doute le débile profond est incapable même de ce redressement logique et crée un délire particulièrement absurde, expression directe de sa pensée affective ; mais quand l'arriération est moins accusée, le sujet bâtit un délire dans le réel, parce qu'il ne saurait élaborer un système plus solide et plus riche, ainsi que l'ont remarqué SÉRIEUX et CAPGRAS qui ajoutent même : « ces sujets sont aux frontières de la folie ; la plupart vivent en liberté » (1). DIDE et GUIRAUD insistent également sur les caractères propres aux bouffées délirantes ou aux délires plus persistants des débiles. « Sur ce fond de débilité, l'évolution manque d'ampleur, l'imagination est indigente, le thème délirant pauvre et puéril » (2). En un mot le thème persécutif reste à l'échelle du débile, qu'on le considère comme la projection de son pauvre et puéril conflit intime, ou qu'on admette, comme l'a bien montré de GREEF (3) « la méconnaissance par le débile de la personnalité d'autrui », la perfection des autres n'est accessible que dans la mesure où elle peut être comprise et cette compréhension ne lui livre des autres qu'une réduction à son échelle », il n'attri-

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS, *loc. cit.*, p. 174.

(2) DIDE et GUIRAUD, *loc. cit.*, p. 94.

(3) DE GREEF. *Essai sur la personnalité du débile mental.*

buera donc pas à ses persécuteurs une malignité plus grande que ne peut l'être la sienne propre.

Enfin ces délires chez les débiles seront particulièrement curables grâce encore à la suggestibilité des sujets, à la pauvreté de leurs réfutations qui permettront au médecin d'ébranler aisément leur croyance délirante. La pauvreté des délires induits au cours des psychoses collectives et leur fréquente curabilité sont bien connues.

OBSERVATION XIX

(Malade du Service de Monsieur le D^r GUIRAUD)

Mademoiselle Den..., 43 ans, Infirmière, célibataire, entre à Sainte-Anne le 7 juillet 1936.

Le Certificat de Placement de la malade est ainsi conçu :

« Présente depuis plusieurs années des troubles mentaux caractérisés par des idées délirantes à thème érotique et à mécanisme interprétatif ; a manifesté au cours de nos examens antérieurs des signes d'hallucinations auditives, entendant proférer sur son passage des paroles grossières ; telles que « poirée », « choses bonasses ». Troubles du comportement de plus en plus marqués. Frappe aux portes, s'enfuit dans les couloirs, interpelle les infirmières en les accusant de venir la nuit « réciter des litanies » à la porte. Se barricade aujourd'hui dans une salle de bains, refusant d'ouvrir, a frappé d'un coup de poing ce matin sans motif une infirmière. A l'examen aujourd'hui réticence absolue, refuse de répondre, s'enfuit disant qu'elle « ne veut pas être touchée, » répète les mêmes phrases. Cette état nécessite etc... »

Certificat immédiat. — « Déséquilibre mental avec troubles du caractère et tendances paranoïaques, vagues idées de persécution. Difficultés professionnelles. Interprétations. A observer. »

(D^r GENIL-PERRIN)

A l'admission, et dans le service de M. GUIRAUD, où elle est transférée le jour même, la malade se présente à nous, calme, correcte, polie ; infirmière depuis 25 ans dans une maison de santé, elle se rend compte exactement de sa situation et exprime une peine légitime de se trouver à son tour comme malade dans un asile d'aliénés : « Je suis bien impressionnée d'être là. Rendez-vous compte. »

Cependant on ne peut pas parler d'état dépressif ; la malade ne présente aucun trouble de la série mélancolique, en particulier pas de ralentissement idéique, ni d'inhibition ; elle est bien orientée, nul-

lement confuse. Elle nous apparaît plutôt réticente et méfiante ; ses réponses sont imprécises, volontairement évasives. Elle exprime de vagues idées de persécution ou plutôt des récriminations anciennes et actuelles contre ses chefs et ses collègues.

« C'était une question de jalousie, il y a eu des chicanes. On était dans le fouillis. » On l'a changée plusieurs fois de service, tantôt parce que la surveillante était autoritaire ; elle avait de la « prise sur moi », alors j'aimais autant être changée de service, tantôt par ce que ses collègues la « taquinaient ».

« Quand on travaille avec un mélange de sexes, ça n'est pas toujours intéressant... mais entre employés on se supporte. » On n'était pas d'accord, mais on ne se disputait pas. »

Elle a entendu bien souvent des allusions désobligeantes sur son compte. On chuchotait sur son passage, certaines collègues la regardaient de travers. Mais « ça se fait un peu partout, ça se supporte. » « Je me suis plainte, parce qu'un homme de la buanderie avait été brusque avec moi. Il me donnait des coups un peu partout. » D. Il vous a frappée ? R. Oh ! non des tapes, des bourrades, pour plaisanter. Elle nie les préoccupations érotiques mentionnées dans le certificat de placement.

« Ça n'a jamais été mon idée. » D. Pourquoi ne vous êtes vous pas mariée ? R. Ce n'était pas ma vocation, je n'ai jamais été portée sur le mariage, tout le monde ne peut pas se marier, ni tout le monde être vieille fille. »

La malade n'ébauche aucune systématisation délirante. Elle se contente de répéter qu'il s'agit sans doute d'une question de jalousie. Elle craignait beaucoup de perdre sa place.

Ses explications quant aux événements qui ont motivé son internement sont particulièrement confuses : « Je me suis chamaillée avec une autre à propos de la vaisselle. Je l'ai giflée et on m'a amenée ici, mais je ne l'ai pas frappée à coups de poings. »

Il est difficile, semble-t-il, de faire la part de réticence et de l'oubli réel de certains faits sous l'influence de la peur. « On ne se rappelle pas tout, nous dit-elle, surtout quand on est impressionné. »

La malade paraît avoir présenté un paroxysme anxieux récent et transitoire. Elle se rappelle qu'elle s'est enfuie dans les couloirs ; mais elle n'a pas frappé aux portes... oui elle avait peur, mais elle ne saurait pas dire pourquoi, peut-être à cause de cette hostilité qu'elle sentait autour d'elle.

D. Avez-vous entendu des menaces ? R. Non jamais.

D. Des injures ? R. C'était peut-être pas à proprement dire pour moi.

D. « Poirée. Choses bonasses ? » R. « Ça a été relevé, mais je ne sais pas ce que cela veut dire. »

D. Pourquoi vous êtes-vous barricadée dans la salle de bains ?
« Je ne me suis pas barricadée, j'avais seulement fermé à clef la porte de la salle de bains pour pouvoir la nettoyer sans risquer d'être ennuyée. »

« Elle n'a jamais eu de visions ». On n'a jamais tenté de pénétrer dans sa chambre et n'y a remarqué aucun changement.

D. Et les litanies que les infirmières venaient réciter à la porte ?

R. Je ne m'en souviens pas. (paraît sincère).

L'hypothèse d'un délire chronique est soulevée. L'ancienneté des interprétations et la réticence de la malade plaident encore en faveur de ce diagnostic ; cette réticence réelle et invincible, pouvant expliquer l'apparente pauvreté de la systématisation et masquer un « roman délirant » sous-jacent.

Cependant l'état affectif de méfiance, d'hostilité, d'inquiétude nous paraît prédominant chez cette malade, débile mentale indiscutable, présentant des tendances caractérologiques à la fois émotives et paranoïaques, que traduisent d'une part son isolement, son inadaptabilité relative et d'autre part, le paroxysme anxieux récent. Et le thème délirant persécutif, qui ne s'étend pas au delà des plus futiles incidents de chaque jour, nous semble bien n'être que la transformation des tendances affectives de la malade, une réaction de sa personnalité, et nous fait porter un pronostic favorable. *Le Certificat de quinzaine*, du D^r CAPGRAS, conclut en ce sens : « Débilité mentale ; idées confuses de persécution portant sur l'entourage. Episode d'excitation. Actuellement calme. Travaille régulièrement ». (20 juillet 1936).

Dans le service la malade se montre en effet calme et serviable. Elle ne fait pas d'interprétations actuelles. « Elle n'a à se plaindre de personne ici » nous dit-elle. « Elle s'est résignée à cette épreuve et attend sa sortie avec patience. » Mais craint seulement qu'on ne la garde longtemps. Elle parle pertinemment de la maison de santé où elle était infirmière. Comprend les plaisanteries que l'on fait devant elle, mais préfère ne plus parler de son passé.

Ajoutons que l'on ne trouve rien de spécial dans les antécédents héréditaires ou personnels de cette paysanne peu instruite, qui fut brodeuse dans son village avant de venir à Paris où elle obtint son diplôme d'infirmière.

Rien à signaler au point de vue physique, hormis un léger tremblement digital.

Sa sortie est envisagée, dès le début du mois d'août. La malade

conserve seulement un certain sentiment de *méfiance*. Elle ne croit pas à sa sortie prochaine, malgré toutes les preuves qu'on lui donne. « Quand on vous a amené ici, c'est pour longtemps, on dit ça à toutes les malades... »

Elle sort en liberté le 10 août 1936.

OBSERVATION XX

(Malade du Service de Monsieur le D^r GUIRAUD)

Madame de B..., 45 ans, entre à Sainte-Anne le 5 décembre 1934, venant de l'hôpital Henri-Rousselle avec les certificats suivants :

« Est atteinte de psychose hallucinatoire évoluant depuis plusieurs mois. Délire de persécution contre les voisins qui l'insultent, la narguent, lui font des grimaces. Vagues idées d'influence ; transmission de pensée. Systématisation très pauvre exposée d'une façon diffuse, parfois incohérente. Hallucinations psychiques persistantes, on commente ses actes. Conviction délirante absolue. Réactions anti-sociales, échange d'insultes, bruit ; peut devenir dangereuse. Plaintes portées contre les voisins. Dyspnée actuelle. Bacillrose ancienne. Sang normal. »

« Est atteinte d'une psychose hallucinatoire évoluant sur un fond de débilité mentale. Idées très réduites de persécution avec hallucinations auditives. Ses voisins l'insultent grossièrement (salope, fumier), se moquent d'elle, lui font des grimaces. Tout le monde est après elle. Radotage stéréotypé. Incapacité sociale. Antécédents bacillaires. L'état psychopathique de cette malade etc... »

Le Certificat immédiat est ainsi conçu : « Présente depuis quelques mois des idées de persécution et des voix intérieures qu'elle distingue des sottises des voisins et dont elle voudrait, dit-elle être guérie... »

Certificat de quinzaine du 19 décembre 1934. — « Délire de persécution ; continue de présenter un léger degré d'excitation intellectuelle et récrimine principalement contre son mari. A maintenir. »

La malade entre dans le service de M. le D^r GUIRAUD, le 22 décembre 1934.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Pleurésie à 17 ans (durée 4 mois).

Congestion pulmonaire après une fausse-couche. Crachats hémoptoïques pendant 3 semaines. Pas de B. K. dans l'expectoration. 4 enfants : Fille aînée 14 ans atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale ; un garçon de 12 ans bien portant ; une fille de 9 ans,

prématurée, (née à 7 mois, pesait 6 livres), mauvais état général, actuellement placée dans un préventorium. Un garçon de 6 ans, bien portant, également prématuré ; une fausse-couche de 2 mois et demi, spontanée, avant la naissance du dernier enfant. Pas d'antécédents psychopathiques.

Lors de son premier interrogatoire, la malade paraît orientée, mnésique.

Excitation intellectuelle. (Volubilité incoercible. Précipitation du discours, voix aiguë,) Emotivité, (crises de larmes chez elle), désir d'affection. « Elle a un caractère à se faire aimer de tout le monde. »

D'emblée, la malade exprime des *récriminations* multiples et inattraitsables contre les *voisins* et contre son *mari* (précipite son discours dès qu'il s'agit de ce dernier). Il est alcoolique, il « râle » (*sic*) tout le temps. Il ne la soutenait pas, il la battait, il était méchant. C'est par sa faute qu'elle se trouve ici. S'il l'avait soutenue, elle ne serait pas là.

Deux ou trois jours avant le 15 octobre, on a frappé à sa porte, elle est allée ouvrir, une voisine était sur le seuil avec son balai-brosse, elle venait l'insulter. Elle lui a répondu : « Tâchez d'être polie ». Une bataille à coups de balai s'en est suivie. Elle a écrit une lettre de protestation au gérant de l'immeuble et a *porté plainte* pour injures une seule fois. Elle déplore seulement de n'avoir pas de témoins en sa faveur. Le Gérant a vu son mari ; ce dernier l'a amenée à Henri-Rousselle « pour chercher un certificat comme quoi elle n'était pas folle. »

N'accuse pas son mari de mauvaise foi, il ne voulait pas la laisser ici, mais « s'il était plus dégourdi, ça ne serait pas arrivé. »

Interprétations multiples mais pauvres, peu extensives, invariables. On parlait tout le temps d'elle, méfiance, croyance à une injustice. « Le monde est bien méchant ». Dehors, je remarquais qu'on me regardait un peu de travers, c'est pas des idées, des cancans, des histoires, je savais qu'on avait fait des cancans, chez les fournisseurs et je comprenais certains mots détournés. »

D. Citez quelques exemples. R. Je saurais pas. Par exemple, ta pièce de 20 francs elle n'est pas bonne ; certains petits machins. On le disait pas à moi, je le prenais autrement et il y avait autrefois une petite montre qu'on m'avait volée. »

« La dame du 141 se mettait toujours à la fenêtre et me narguait, me faisait des grimaces. On a dû glisser la pièce au concierge pour m'amener ici, il y a eu un montage de cou. »

Les voisins l'injuriaient. Elle s'est entendue traiter de « vache »,

« putain », mais le caractère de sensorialité de ces phénomènes qualifiés hallucinatoires est loin d'apparaître nettement.

Elle n'entend plus rien depuis son entrée à l'hôpital, et quelques jours plus tard (le 25 décembre), elle nie la réalité de certaines injures précédemment rapportées et fait spontanément une discrimination assez précise d'autres propos entendus, qui nous paraissent plutôt des interprétations, ou peut-être même s'agit-il de faits réels.

« On peut dire que mon raisonnement est juste, affirme-t-elle, je n'ai pas de transmission de pensée ; on savait qu'on pouvait tout me faire, que je ne dirais rien. J'étais sur le palier quand ils disaient cela, j'étais à la fenêtre pendant qu'ils causaient. Ces femmes, c'est des cancanières, c'est des histoires, j'ai pas de témoins, il y avait des gosses qui me traitaient... »

Elle reconnaît qu'elle a eu des *voix intérieures* qui n'étaient pas normales. « *On répétait ce qu'elle faisait* ». Déclare spontanément que c'était un trouble. « C'est qu'elle était fatiguée à cause de son mari. » Pas d'écho des paroles ni des pensées, pas de transmission de pensées. Pas de troubles cénesthésiques.

Elle nie formellement toute idée d'influence. D'ailleurs quand on insiste et s'efforce de fouiller ces hallucinations psychiques la malade s'embrouille, hésite, se perd dans des explications confuses, se contredit : « non, on ne voyait pas tout ce que je faisais. » Mais la voisine disait des petites choses : « quand mon mari me disputait, elle répétait ça à la voisine, elle répétait à Madame C... que les enfants avaient été malades du manger, que mon mari me disait ça et ça (*sic*). » D'ailleurs tout cela a disparu depuis son entrée ici. On voit combien les hallucinations psychiques de cette malade sont sujettes à caution. Elle paraît ne pas avoir compris la question posée : « répétait-on ce que vous faisiez ? » et y a répondu affirmativement en rapportant des commérages plus ou moins réels entre voisines, racontars sur lesquels elles s'étend longuement par ailleurs.

La débilité mentale de la malade est évidente. Elle apparaît dans la niaiserie de ses propos et la pauvreté de son vocabulaire, dans la puérilité des récriminations et des interprétations, *dans l'incapacité de construire un système délirant* si ébauché, si fruste soit-il. Son expression mimique exprime également la niaiserie. Satisfaction. Souci de dignité. Allégations de bonne foi. « Elle n'a pas de reproches à se faire, elle peut passer partout. »

La malade a fréquenté l'école pendant un an seulement. Elle sait lire ; son écriture et son orthographe sont très incorrectes ; elle est incapable de résoudre les calculs les plus simples, de répondre aux

questions les plus élémentaires. Elle n'est pas au courant des événements récents.

Dénégation d'excès alcooliques. Cependant la malade exerce le métier de cuisinière et avoue qu'elle rêvait à son travail qui marchait mal. Pas de cauchemars, ni de zoopsies. Pas de pituites. On note un tremblement marqué de la langue et des doigts, une hyperréflexivité tendineuse généralisée et de l'hyperalgie musculaire. Petit foie. Réflexes pupillaires normaux. Aucun signe de tuberculose pulmonaire évolutive.

Dans le service la malade se montre calme, serviable, travaille au réfectoire. Elle ne paraît nullement inquiète ni méfiante, ne récrimine pas et ne fait pas de nouvelles interprétations actuelles de la réalité. Elle se trouve bien ici, demande cependant à rentrer chez elle. Mais quand on l'interroge (le 26 février 1935) sur les événements qui l'ont amenée à l'asile, l'exaltation intellectuelle reparait et la malade fait à nouveau avec volubilité le récit des anciennes méchancetés de ses voisins, qu'elle enrichit de quelques détails : ... « Oui la balayeuse avait donné un coup de balai dans la porte, vers le 15 octobre. Elle faisait l'escalier, ça doit se faire, mais elle donne un coup dans la porte, je suis été voir ce qui se passait, elle m'a dit des injures, des gros mots, elle m'a dit ceci, cela..., alors j'ai dit : « Madame, je vais porter plainte au Gérant », — elle m'a dit que j'étais folle. Alors on s'est battues. Par une lettre au propriétaire, je me suis plainte aussi de la dame du 141 (avec laquelle elle s'était brouillée depuis deux ans). Sa fille s'était battue avec la fille de cette femme ; « un beau jour, elle m'accoste, elle voulait me casser un pot de lait sur la figure, je disais rien, je ne la regardais même pas, elle m'avait tiré la langue, quand on sort la langue, pardon Docteur, j'ose pas vous dire ces mots. Et elle m'a dit : « ça ». Je voudrais bien que vous soyez sorcier pour voir la vie que j'avais. Moi je ne répondais pas, je savais qu'elle répétait que mon mari buvait et ceci, cela. Elle se mettait à la fenêtre et disait : « ce Bourgeois » ; mon mari travaillait chez Bourgeois. Mon mari disait : « Ce qu'elles sont cancanières, elles répètent tout ce qui se fait chez nous. » Elles me narguaient et mon mari se cachait dans la chambre pour ne pas les entendre. Je veux vous parler au sujet de la plainte. C'est pas des idées, voilà, il y a différentes choses, je saurais pas vous dire des choses grossières. « Elle disait ça aux enfants devant moi, c'est pour ça que je m'étais plainte. »

La malade nie les « voix intérieures » qu'elle avouait à son entrée. Elle nie également l'écho des actes et des pensées.

Elle paraît avoir oublié la plupart des interprétations rétros-

pectives. « Vous m'avez parlé au sujet des commerçants ; non je n'entendais pas des reflexions, jamais je n'ai eu à me plaindre d'eux. Chez un seul, j'ai remarqué que quand je donnais une pièce de 20 francs, on la faisait sonner ; j'ai pas remarqué autre chose. »

Émotivité. Eréthisme affectif sans troubles de l'affectivité.

Ce délire, réduit à la simple conviction délirante rétrospective a persisté pendant plus d'un an. Dans le quartier des travailleuses où elle fut bientôt placée, la malade s'est toujours occupée régulièrement, a eu un comportement parfaitement correct, ne s'est jamais livrée à aucune réaction excessive. Depuis quelques mois elle rectifie entièrement son délire, qu'elle oublie d'ailleurs peu à peu. Elle peut donc être considérée comme guérie. Des difficultés d'ordre familial ont empêché d'accorder la sortie de Mme de B. Celle-ci la demande avec modération et patience. Le Dr GUIRAUD l'envisage maintenant comme devant être très prochaine.

5^o Délire d'origine organique.

A côté de ces délires réactionnels survenant chez des sujets présentant des traits de caractère divers, le délire à structure de réalité peut être le résultat d'un *processus*, en particulier d'un trouble organique d'origine toxique ou involutif. Sans doute la cause organique joue le rôle primordial dans le déclenchement du délire, mais peut-être faut-il tenir compte encore des dispositions psychologiques antérieures du sujet.

a) *L'intoxication alcoolique* chronique, prolongée, mais « pas assez massive pour conduire soit à l'onirisme, soit à l'affaiblissement intellectuel », peut réaliser des troubles affectifs, *troubles du caractère* exagérés au point de *confiner au délire*. Ce sont ces alcooliques qui restent aux frontières de la folie et pour lesquels on peut hésiter à décider l'internement. Bien plus, ces individus étant capables des réactions les plus violentes, un problème médico-légal délicat se pose souvent pour l'expert quant à la question de leur responsabilité qui décidera de la condamnation ou de l'internement. Et quand ces malades sont internés, leur sortie, toujours en raison de leur comportement ancien, n'est obtenue qu'avec les plus grandes difficultés. Ces délires ébauchés, simple exagération des troubles du caractère sont naturellement à thème persécutif, de revendication parfois, ou de jalousie. Ils ne pré-

sentent aucun élément de la série onirique, ou seulement de rares et courts épisodes oniriques qui ne déclanchent pas et enrichissent à peine ce délire. Celui-ci, s'exprimant selon le mode vigile de la pensée, reste particulièrement simple et vraisemblable, inséré dans la réalité. Son évolution, grâce à la privation du toxique et à l'isolement, n'est habituellement ni progressive, ni incurable. Nous en rapportons deux observations qui nous ont paru caractéristiques :

OBSERVATION XXI.

(due à l'obligeance de M. le Dr PICARD)

M. Maurice B..., 43 ans, entre à l'asile de Bonneval le 18 janvier 1927 pour *alcoolisme chronique*, avec probabilité d'épisode subaigu récent.

Fils d'un fermier, qui ne lui a jamais témoigné beaucoup d'affection « ayant des doutes sur sa paternité », il fait ses études dans une pension religieuse jusqu'au brevet élémentaire, et il échoue. Il travaille ensuite chez son père jusqu'à son service militaire, qu'il accomplit à Ch..., sans incident. Revenu au pays, il se marie à 27 ans, acquiert une ferme assez importante, qu'il se montre incapable de diriger et à la suite de discussions entre parents et beaux-parents, sa femme et lui, qui pourtant s'aimaient bien, « se laissent divorcer » peu de temps avant la guerre. Seul et obligé d'abandonner son exploitation, il se met à boire « par passades » noyant son chagrin dans les pots. Il continue de boire pendant la guerre, qu'il passe sur le front français, puis sur le front italien — où il aurait contracté le paludisme. Libéré, sans emploi, il vit pendant un an avec son père, puis se remarie en 1920 avec une riche héritière du pays, âgée comme lui de 37 ans, et qui bientôt se livre elle aussi à des excès éthyliques. Une fille actuellement âgée de dix ans, bien portante.

En 1925, B... est interné pendant 40 jours à l'asile de Na..., pour accès d'alcoolisme subaigu, dont le malade garde un souvenir confus et imprécis. Rentré chez lui, il se remet à boire : vin et alcool, en quantités très variables, surtout par paroxysmes. Désœuvrement, troubles du caractère, disputes conjugales fréquentes, tendances aux réactions violentes ; étant en état d'ivresse, a menacé à plusieurs reprises de son fusil des habitants de la commune. Aurait menacé sa fille et frappé sa mère et sa femme, terrorisant sa famille et le village tout entier. Son père meurt le 20 décembre 1932, le

malade ébauche alors une *psychose de revendication* au sujet de l'héritage : il est « tracassé » par la succession, se croit frustré au profit de sa mère et de son beau-frère (qui dirige une exploitation prospère et avec lequel il est à demi brouillé). Il fait de fréquentes visites au notaire de la famille, qu'il harcèle de questions, il y retourne un jour « après avoir bu pour se donner du courage » ; il voit dans l'étude une jeune fille, employée en qualité de clerc, « qui a l'air de se moquer de lui », il lui arrache des mains le rôle qu'elle recopiait, rentre chez lui et « s'amuse à le brûler ». Le garde-champêtre, accompagné de plusieurs voisins, viennent réclamer ce dossier, une dispute s'ensuit ; voyant B... très excité et menaçant, ils veulent l'emmener à l'hôpital de Dr..., mais comme il résiste, ils le frappent violemment ; le malade arrive à Bonneval deux jours plus tard, porteur de nombreuses ecchymoses sur le visage et sur le corps.

A son entrée, le malade est calme. Subexcitation psychique. Légère obtusion. Orientation parfaite ; pas d'amnésie lacunaire. Excès étyliques avoués. Hyperréflexivité tendineuse. Léger tremblement digital et lingual.

B... récrimine contre les brutalités des voisins, il exprime des idées de persécution contre sa famille et les voisins. Il est victime de l'hostilité générale : on se moque de lui, on l'évite ; sa famille a toujours empêché la réussite de ses entreprises, le traite en paria. Idée de jalousie. Absence de phénomènes hallucinatoires ; interprétations apparaissant elles-mêmes assez rares et circonscrites, cependant *réticence extrême* du malade, qui exprime plus volontiers ses *idées de revendication*. Il se croit dépouillé par les siens de l'héritage de son père. Son internement n'a pas eu d'autre but. Les « hommes de loi » sont complices de sa famille. Il a d'ailleurs toujours été frustré. Quérulence passive. Haine contre les membres de sa famille, indifférence affective pour son enfant.

A l'asile le malade se montre calme, lucide, s'occupe régulièrement, n'exprime spontanément aucune idée délirante, ancienne ou actuelle, ne fait preuve d'aucune activité revendicatrice. Cependant il reste réticent, conserve sa conviction en l'infamie de ses parents et exprime sa haine.

En juillet 1927, un avis favorable de sortie est donné par le médecin-chef. A cette date il persiste seulement un déséquilibre émotif, des préoccupations concernant des dissentiments familiaux, des idées de revendications (*qui ne sont peut-être pas sans fondement*). Ce malade est considérablement amélioré etc... La sortie du malade est refusée par l'autorité administrative ; une deuxième proposition de sortie faite quatre ans plus tard (en 1931) subit le même

sort, les conditions familiales (mère très âgée, femme alcoolique) n'offrant aucune garantie de surveillance efficace.

Or pendant ces quatre ans, le malade s'est montré sans interruption calme, correct, n'a jamais présenté aucune activité revendicatrice. Il supporte avec patience le long internement. Sa conduite n'a jamais été celle d'un revendicateur, ni d'un persécuté.

En résumé il s'agit, semble-t-il, d'une bouffée délirante interprétative et revendicatrice chez un alcoolique déséquilibré. Le délire resta toujours très limité, dont la base fut l'exagération des troubles du caractère d'une part, d'autre part un préjudice qui semble en partie réel. A l'asile, les troubles du caractère se sont amendés rapidement grâce à la cessation du toxique ; le délire ne s'est jamais enrichi, il se fixa rapidement en une conviction durable — véritable *délire à éclipse* (bien décrit par LEGRAIN) qui disparut à son tour. En juillet 1933, le Dr PICARD adresse au Préfet un nouveau certificat aux fins de sortie : « Était atteint à son entrée d'un délire évoluant chez un dégénéré alcoolique. Actuellement et depuis plusieurs années, les troubles délirants ont disparu, le malade est calme, constamment tranquille et demande sa sortie avec modération. Il serait désirable en raison de l'absence de toute récidive depuis ce temps qu'une nouvelle enquête... » etc. Cette troisième enquête administrative faite au pays du malade aboutit à une décision de maintien, le milieu familial étant toujours jugé défavorable. Cette objection ne paraissant pas suffire à justifier le maintien à l'asile d'un malade qui, s'il s'est livré au dehors à des réactions violentes provoquées par l'intoxication alcoolique, a subi *un internement de plus de six années*, au cours duquel il n'a exprimé aucune activité délirante et a eu une conduite normale, le recours à l'autorité judiciaire est demandé par le médecin. La mise en liberté de B... est ordonnée en vertu d'un jugement du Tribunal de Ch..., selon les dispositions de l'article 29 de la Loi de 1838. B... quitte l'asile le 27 décembre 1933. Il est l'objet durant quelque temps, d'une surveillance discrète des autorités et de la gendarmerie de sa commune.

Depuis la sortie de ce malade, la Préfecture fit plusieurs enquêtes à son sujet et chaque fois le maire du pays qui était opposé à toute sortie de B..., en raison du danger pour la sécurité publique qu'il avait présenté, a confirmé que celui-ci se tenait bien, travaillait régulièrement, ne faisait pas d'excès éthyliques, subvenait à tous les besoins de sa famille sans que la moindre discussion ne fût parvenue à sa connaissance. La longue durée de *cette guérison sans récidive depuis sept années*, dont plus de trois ans après la mise en liberté,

sans surveillance et dans des conditions de milieu défavorables, permet nous le croyons, de l'affirmer sans restriction.

OBSERVATION XXII

(Due à l'obligeance de Monsieur le Dr PICARD)

Léon L..., cultivateur, né en 1878. Pas d'antécédents connus ; ascendants réputés de niveau mental médiocre sans être ni arriérés, ni illettrés. Pas d'ascendance psychopathique plus caractérisée. Trois sœurs et un frère normaux. Ce dernier est cafetier.

1^{er} accès : à 36 ans en 1914. L..., est interné d'office à l'asile de Bonneval le 23 juin, « Délire alcoolique avec idées de persécution, jalousie morbide. Illusions diverses ; Tendances agressives actives. (Dr PERICQ). Trois semaines auparavant, il devient sombre et irritable et fait sans motif de violentes scènes de jalousie à sa femme avec laquelle il avait fait jusqu'ici très bon ménage, l'accusant de le tromper depuis longtemps. En même temps excitation sexuelle, « il était très empressé auprès de moi depuis peu dans nos relations privées, dit sa femme qui ajoute : « il paraissait bizarre, sa façon de raisonner n'était plus la même. » Excès éthyliques modérés. Depuis trois semaines, boit davantage, sans toutefois s'enivrer ; de l'aveu de tous sa boisson favorite était la *menthe*. Anorexie. Insomnie. Cauchemars. Dans la nuit du 21 au 22 juin il se réveille en sursaut » et « voit dans sa tête, comme dans une glace ce qu'on allait lui faire. » Un homme dans lequel il croit reconnaître un de ses beaux-frères était dans la chambre et allait le tuer. C'était comme dans un rêve et c'était vrai dira-t-il plus tard. Le malade qui, « pour la première fois de sa vie a peur », se sauve, arrive chez un voisin, en bonnet de coton, pieds nus, lui disant que sa femme le trompe, et lui a jeté un sort, qu'il voit le diable et demande un fusil.

Le voisin le ramène chez lui, le lendemain matin il va au bourg voisin et rentre quelques heures plus tard pieds nus sous une pluie battante ; il est alors très surexité. Ce même jour vers 6 heures du soir, il se précipite brusquement dans l'étable où sa femme était occupée à traire les vaches, se jette sur elle, lui passe au cou une corde à laquelle était attachée une pierre, la saisit par les cheveux et la traîne dans la mare communale, qui se trouve à quinze mètres environ de la ferme. Sa violence est telle que les gendarmes sont obligés de le garder toute la nuit du 22 au 23 juin. Il arrive le lendemain à Bonneval, il trouve d'autres persécuteurs dans le café où il est descendu avec ses deux conducteurs : une femme dans un geste

obsécène, avec l'approbation d'un homme, lui a jeté un sort. Le malade « veut en finir » et demande l'avis du médecin pour savoir « lequel des deux de l'homme ou de la femme il faut détruire ». A l'asile, les jours suivants, l'accès onirique cède rapidement. Le malade malgré sa réticence habituelle, en conserve un souvenir très précis, qu'il expose dans une lettre le 10 juillet suivant. « Je ne dois rien cacher de ce que ma femme m'a fait. Un soir à 11 h. 1/2, je saute du lit et le diable et ma femme me suivaient, une grande tête et une fourche à la main »... Et cette nuit-là, dans les champs, chez les voisins où il était allé se réfugier, il se trouvait partout poursuivi par le diable, sa femme, cette tête et cette fourche. Ça a continué toute la journée suivante, alors il a été forcé d'agir et son coup fait *il a été soulagé*. Tous les détails de ces pérégrinations et toutes les précisions au sujet du drame racontés dans cette lettre sont exacts. Aucune confusion véritable ne s'est jamais produite. Non désorienté dans l'espace, le malade ne l'a jamais été non plus dans le temps.

Pendant un mois environ L... conserve des idées très actives de persécution et de jalousie contre sa femme. Le 23 juillet il dit au médecin-Chef que ses mauvaises idées se passent, que même en les écrivant il n'y croit plus autant qu'avant. Mis à l'épreuve du travail le 1^{er} août, cette épreuve se révèle satisfaisante et le Dr PERICO écrit le 21 août que le malade se rend maintenant parfaitement compte de sa situation. Le 17 août, dans une lettre à sa femme, il écrit, après s'être enquis des nouvelles du pays et de chacun, avoir fait quelques commentaires sur les hostilités, qu'il regrette le malheur qu'il a fait, et que jamais de sa vie il ne se serait jamais cru capable cette chose-là, etc... L'amélioration s'étant maintenue, le malade sort sur la demande de sa femme le 23 août 1914 avec la mention « convalescent de son accès. » Il reprend sa place au foyer sans aucun incident. Il n'a jamais reproché à sa femme un fait précis d'infidélité. Il n'est pas mobilisé, ayant été interné les premiers mois de la guerre, et est réformé définitivement par la commission de réforme.

Le 2^e Internement ne s'est produit que sept ans plus tard, le 17 mai 1921, pour « excitation psycho-motrice ». Fuite dans les champs, menaces et violences. L... blesse un voisin et menace de tuer sa femme qui doit se cloîtrer dans la maison. Le malade exprime des idées de persécution et de jalousie : sa femme le trompe et tout le monde l'a trahi. On lui fait des misères, on voulait le forcer à quitter sa maison, on l'insulte, on l'accuse. Il se montre très réticent quant à de probables illusions auditives : « Il l'a échappé

belle ». Il soupçonne quelqu'un de sa famille, son beau-frère peut-être, contre lequel il perdit autrefois un procès. Quelques fausses reconnaissances sont notées. Crampes et fourmillements dans les membres inférieurs, tremblement digital et langue saburale. Cauchemars. Le malade nie tout nouvel excès éthylique. Au bout d'un mois de séjour on note une amélioration sensible avec retour de l'auto-critique, de l'activité et du travail. Pas de rechute. Il sort « amélioré » par congé d'essai le 4 août 1921 et en novembre sa femme écrit qu'il est resté depuis son retour tout à fait normal.

Près de deux années se passent. *Troisième internement* (février 1923) pour une « nouvelle période d'excitation. Idées de persécution à l'égard de l'instituteur de la Commune. Idées de jalousie. Menaces de mort ». La femme du malade affirme que depuis sa précédente sortie, il n'a pas eu de périodes tout à fait normales supérieures à un jour. Il se montrait bizarre, accusait sa femme de lui faire des misères et de le tromper honteusement, il ne s'occupait plus de façon satisfaisante de la culture de ses champs, car ajoute sa femme « il pensait être toujours à la maison pour me surveiller pour sa jalousie folle » (*sic*). En outre le malade transpose cette fois quelques griefs sur l'instituteur. Il l'accuse de frapper brutalement ses quatre enfants, de les garder après l'heure des classes pour leur faire scier du bois, bêcher son jardin, etc... Il assure que cet instituteur est une brute et qu'il a fait mourir un enfant en le frappant sur la tête à coups de règles et à coups de pieds. Tel fut le prétexte à la scène qu'il fit cette fois-là à l'instituteur le menaçant de le frapper, voire de le tuer, scène qui motive son troisième internement. Il avait également à plusieurs reprises adressé des menaces de mort à sa femme.

A l'entrée à l'asile le malade présente de l'excitation psychique avec loquacité, émotivité, insomnie. Bientôt il se montre relativement tranquille et s'occupe à des menus travaux, mais le 26 mars il fait une autre crise d'agitation violente, se frappe la tête contre les murs, se croyant poursuivi, entend des coups de fusil, essaie de frapper avec ses sabots les autres malades qui ont le malheur de le regarder. Enfin jusqu'à la fin juillet ses idées délirantes persistent : sa femme est une rusée qui abuse de sa confiance, cherche à se débarrasser de lui avec des tiers, ses amants ; c'est un véritable complot. A partir de ce temps-là, L... s'améliore progressivement. Il est heureux de recevoir des nouvelles de sa femme, commence à lui écrire des lettres confiantes, reconnaît ses erreurs et montre qu'il a une conscience rétrospective de l'état morbide.

Depuis 14 ans L... se montre parfaitement calme. De nombreuses demandes de sortie, du moins d'essai, ont été faites par les différents

médecins-chefs en 1921, 24, 25, 26, 30, 32, mais sans succès. Déçu par ces échecs, il a réussi, alors qu'il travaillait aux champs, une évasion le 23 octobre 1926. Ramené le jour même par les gendarmes, il n'a opposé aucune résistance, il écrit régulièrement à sa femme, parle de ses enfants en termes affectueux, pleure volontiers et apparemment sincèrement lorsqu'il parle des siens. Aucune attitude réticente, aucune agitation ne s'est produite, le malade n'a plus jamais exprimé aucune idée délirante, en particulier il n'a jamais fait aucun nouveau reproche d'infidélité à sa femme, dont il est séparé depuis quatorze ans. Il s'occupe régulièrement et en raison de sa force peu commune est employé à la boucherie de l'asile et est spécialement chargé d'abattre les bêtes. Il manie des armes dangereuses sans la moindre velléité agressive. Le « dépensier » comme le boucher le déclarent qu'il est « doux comme un mouton ».

Sa femme a pris le parti délibéré de ne pas reprendre la vie commune. Elle est opposée à toute sortie, ne vient voir son mari que de façon exceptionnelle (tous les deux ou trois ans), et ne lui amène jamais ses enfants. Elle a tenté de le faire interdire en 1927, a engagé la procédure, mais le Conseil de famille régulièrement constitué s'est refusé à la suivre. L..., sans s'être résigné à sa situation, use de la plus grande modération dans ses requêtes. Les nombreuses demandes de sortie adressées en sa faveur à la Préfecture se heurtèrent, malgré que les renseignements fournis sur la situation familiale du malade ne soient pas mauvais, au veto le plus formel. Le Dr PICARD, qui a observé lui-même le malade pendant trois ans, multiplie les tentatives en vue d'un arrangement avec les siens pour aboutir à sa libération et en juillet 1935 adresse une demande de sortie à la Préfecture qui subit le même sort que les précédentes. Le Maire du pays est le plus farouche opposant à cette sortie, assurant qu'il a derrière lui le Conseil Municipal « à l'unanimité », et la population toute entière, justement émue au souvenir du comportement ancien de ce malade. Pour nous ajoute-t-il, L... est un « incurable dangereux ». Et cependant, ajoute le Dr PICARD, L..., se montre toujours pacifique. Cet homme fort, de constitution pycnique, ne fait plus preuve d'aucune variation de l'humeur. Une certaine passivité de résignation en imposerait pour un léger affaiblissement intellectuel inexistant. L'examen somatique ne révèle aucune lésion, l'examen neurologique est négatif. Etant donné la grande liberté de service qu'on lui laisse à l'asile, L... aurait toute facilité de s'enivrer, *ce qu'il n'a jamais fait*. Le Dr PICARD est si persuadé de la guérison de ce malade, non seulement quant aux idées délirantes mais aussi, en ce qui concerne les troubles du caractère, qu'il a suggéré à L...

de demander dans son cas l'application de l'article 29 de la loi de 1838. Il a toujours refusé, assurant qu'il demande sa sortie avec modération, mais ne veut pas l'imposer.

b) Le *processus involutif* lorsqu'il est encore très léger, réalise un *délire de préjudice* qui reste strictement limité à l'ambiance immédiate et n'est pas entaché du caractère d'absurdité et d'incurabilité des délires paranoïdes de l'affaiblissement intellectuel profond. Ce délire se colore habituellement d'une tonalité affective triste, et le sentiment de méfiance généralisée qui est à sa base est la conséquence du « rétrécissement de l'affectivité » si spécial au vieillard, avec son irritabilité, son égocentrisme, réaction inconsciente contre sa déchéance et le regret du passé.

Ce sont les délires de la présénilité, restés insérés dans la réalité qui pourront guérir. La guérison est plus ou moins complète, mais pourtant suffisante pour parler d'états transitoires ; on sait qu'elle est admise par KRAEPELIN, HALBERSTADT, SÉRIEUX et par VALENCE. Nous empruntons à la thèse de ce dernier l'observation suivante :

OBSERVATION XXIII (1)

Louise C..., 58 ans, arrive à Sainte-Anne le 22 juillet 1922, venant de l'Infirmerie du Dépôt avec le certificat suivant : « Délire de persécution ; hallucinations auditives *très probables*, on l'accuse de vol. Fausses reconnaissances. Réticence avec enjouement. Probablement prédominance imaginative. Vit claustrée ; se nourrissait très insuffisamment ; aurait paru vouloir récemment se jeter par la fenêtre ». Dr de CLÉRAMBAULT.

Il y a une trentaine d'années, a eu des idées de persécution qui ont disparu assez rapidement.

Il y a 2 ans, au mois de mai, a eu une « congestion cérébrale » qui l'aurait laissée dans le coma pendant 3 jours. A partir de cette époque, bien que remise physiquement, elle paraît avoir présenté des troubles mentaux, parmi lesquels des interprétations délirantes. C'est ainsi qu'elle restait constamment à guetter à sa fenêtre ; elle attrapa des coups de soleil sur les bras et la face : « Ce sont des coups d'épingles qu'on m'a donnés », disait-elle en les montrant.

(1) in Thèse de Valence, p. 56.

A partir de novembre 1910, elle prend comme thème d'interprétations un mariage supposé de son fils. Mais c'est surtout depuis 3 mois que les idées délirantes se sont extériorisées : ses voisins la volent, l'insultent, lui cherchent des misères, lui font des menaces, trouvent son plafond, l'empêchent de dormir en chantant.

Sa nièce est particulièrement visée dans ce délire de persécution ; (la malade l'accuse de vouloir lui faire couper la tête par les curés). Elle a remarqué les interprétations de sa tante. « Elle interprète tout. — Un médecin est venu la voir et lui a dit » « et votre copain ? » Ça voulait dire que nous avions raconté qu'elle couchait avec son fils. Elle croyait qu'on mettait quelque chose dans l'air pour l'empoisonner (interprétations d'odeurs). Comme elle était fatiguée le matin en se levant, elle disait que je la faisais causer la nuit, ou peut-être par la T. S. F. Elle ne voulait pas parfois que je l'embrasse « c'est le baiser de Judas », disait-elle.

Elle croyait avoir retrouvé ses deux enfants morts il y a 30 ans, elle les reconnaissait, les voyait passer, et voulait faire arrêter les femmes qu'elle soupçonnait lui avoir volés. « J'ai compris bien des choses », disait-elle en parlant de ces fausses reconnaissances.

Elle a aussi interprété sur le chiffre 3 : « c'était une connivence d'un être imaginaire ».

Les interrogatoires vont corroborer le diagnostic de psychose interprétative que ces seuls renseignements suffiraient à faire.

24 Juillet. — Son orientation dans le temps et l'espace est bonne ; ses souvenirs évoqués avec facilité. Elle ignore pourquoi elle est à Maison-Blanche ; elle avait été à la Préfecture de police parce qu'on lui avait dit qu'elle y retrouverait ses enfants qu'elle a reconnus dans la rue bien que les ayant enterrés il y a 30 ans.

Elle en arrive tout de suite à ses idées délirantes par interprétations ; dans la rue « on me regarde drôlement à mon idée, des bonnes, des femmes de chambre me suivaient ; dans l'atelier, on l'accuse indirectement de vol, on fait des allusions à ses enfants ; chez elle on lui envoyait probablement des odeurs pour l'endormir, on lui mettait quelque chose dans les aliments » ce doit être du poison « on regarde mes fenêtres comme si on me guettait ».

« Il passe beaucoup de monde sous mes fenêtres et j'ai compris beaucoup de choses ; c'est ce qui m'a mis sur la voie de comprendre et de faire attention. Moi, avec ce que je sais, j'ai compris bien des choses que des gens qui ne savent pas ne peuvent pas comprendre.

— Mon concierge ne me donnait pas les lettres au jour et à l'heure : un jour on a porté une lettre que mon fils m'écrivait au *Bloc Persan*, où je travaillais : je me suis aperçue qu'on a dit ce

qu'il y avait dedans et je n'en avais rien dit à personne. — C'est une de mes voisines qui doit faire tout ce qui m'arrive ; nous étions bien ensemble, mais nous nous sommes brouillées parce que des petites histoires ne m'ont pas plu ».

7 Août. — Se trouve bien à l'asile, personne ne la tracasse.

Continue à dire de sa nièce que c'est « un vrai Judas ». Il y a chez elle un tas de machines rangées. « Et cette nièce a 37 ans, elle est tout le temps fatiguée, ce n'est pas naturel à son âge. »

Elle corrobore ses dires au sujet de l'attitude bizarre des gens dans la rue de Reuilly « c'était des gens pas ordinaires, je me suis amusée à les regarder : ça m'attirait, la vue de ce monde. »

Elle nie toute hallucination auditive. Elle pense toujours avoir été empoisonnée : « Comment, je n'en sais rien. J'avais mal à la tête. Il y a mal à la tête et mal à la tête. Ce n'était pas un mal de tête ordinaire. Je ne pouvais penser à rien. J'étais anéantie. »

Elle avait perdu son trousseau de clefs, l'a demandé partout, et ne l'a pas retrouvé ; on a donc pu entrer chez elle, et mettre quelque chose dans ses aliments.

27 Août. — Ne se plaint de rien et a pris le parti de nier toutes ses affirmations antérieures.

Le 21 septembre 1932, *sort de l'Asile* avec le certificat suivant : « Dégénérescence mentale avec idées de persécution. Est guérie et peut être rendue à la liberté » (Dr SÉRIEUX).

CONCLUSIONS

I. — Les classifications contemporaines, particulièrement la vaste synthèse kraepelinienne et la doctrine de la schizophrénie de BLEULER, n'accordent plus une place suffisante aux délires de persécution à évolution curable. Ces malades sont quelquefois classés dans le groupe de la psychose maniaque-dépressive, mais ils sont plus souvent englobés dans le cadre des états paranoïdes ou paraphréniques ou dans celui de la schizophrénie.

II. — L'expérience clinique montre cependant qu'un certain nombre de délirants persécutés considérés à tort comme incurables guérissent tout au moins après quelques mois.

Les nosographies antérieures, en particulier celle de MAGNAN, accordaient sous le nom de délires polymorphes ou de délires à systématisation limitée des dégénérés, ou encore de paranoïa aiguë une place — peut-être excessive — aux délires de persécution curables.

Et beaucoup plus récemment différents mouvements réactionnels, tant en France qu'en Allemagne, se sont faits, en faveur de la légitimité clinique d'un certain nombre de ces cas curables, « ballotés au gré des classifications » et qui sont loin de rentrer tous dans le groupe de la psychose maniaque-dépressive. Ces délires susceptibles de guérir ont été isolés, selon les préférences doctrinales, sous le nom de bouffées délirantes épisodiques, d'états oniroïdes, de psychoses réactionnelles, de délires hyposthéniques.

III. — A notre tour, nous avons voulu, dans ce travail, rechercher quels éléments de pronostic favorable pouvaient être apportés par une observation psychologique détaillée, une analyse structurale aussi minutieuse que possible et un examen clinique complet tenant compte des antécédents et de l'état physique des malades.

Nous pensons que les délires de persécution curables doivent être divisés en deux catégories :

1^o Les *délires à structure oniroïde*.

2^o Les *délires à structure de réalité*.

IV. — Les DÉLIRES A STRUCTURE ONIROÏDE peuvent être individualisés en clinique par :

— 1^o La brusquerie du début et la rapidité de leur élaboration.

— 2^o L'existence de signes concomitants.

a) État physique défectueux ou notion d'un processus organique actuel ou récent.

b) Épisode onirique initial ou onirisme nocturne reviviscent, parfois même rêves véritables qui vont, évoquant les mêmes idées, continuer et nourrir le délire, l'enrichissant d'appoints nouveaux.

c) Éléments confusionnels surajoutés, habituellement légers, masqués par le délire exubérant et complexe, derrière lequel il faut les rechercher et qui traduisent un état de trouble diffus de la conscience.

d) Un état affectif intense avec des troubles instables et variés de l'humeur.

— 3^o Leur structure propre : expression de la pensée onirique qui est une des formes de la pensée affective, riche de toutes les tendances affectives et instinctives les plus profondes, la construction oniroïde est faite de l'*intrication* du mode vigile de la pensée soumise à la rigueur des mécanismes logiques, et du mode onirique, qui obéit aux lois propres du rêve.

— 4^o Enfin ces délires oniroïdes réalisent un tableau clinique particulier, remarquable par le polymorphisme, la variabilité, le défaut de cohésion de leurs thèmes délirants, la multiplicité de leurs éléments ; ils constituent cependant un *ensemble scénique*, réunion de fictions, de tableaux intensément vécus, tumultueux, dramatique, mais qui conserve toujours un caractère angoissant « d'inachevé », fait d'attente, de doute, d'énigme, de désarroi, d'insécurité.

— 5^o Le diagnostic de ces syndromes est souvent particulièrement délicat. Il doit être fait d'une part avec l'oni-

risme authentique, d'autre part avec les syndromes paranoïdes.

— 6^o La guérison est l'évolution la plus habituelle de ces délires. Elle peut être rapide ou retardée après des mois et exceptionnellement des années ; les récives ne sont pas rares. Enfin le passage à la chronicité reste sinon fréquent, du moins possible.

V. — LES DÉLIRES A STRUCTURE DE RÉALITÉ *s'opposent aux délires déréels.*

1^o Ils ont une base exclusivement affective : état affectif simplement exagéré de méfiance, d'hostilité, d'inquiétude, que l'homme normal reconnaît pour l'avoir éprouvé et qui est très différent de l'état cénesthésio-affectif profondément morbide, anormal, « étranger », qui est à l'origine des délires déréels et traduit l'atteinte de la synthèse de la personnalité.

2^o Leur structure intellectuelle est radicalement différente. Comme les délires de structure paranoïaque, ils se caractérisent par le développement systématique et cohérent d'un drame persécutif compréhensible ; l'argumentation logique irréductible, lucide, pénétrable et même contagieuse, expression dialectique d'une croyance délirante affective fondamentale ; l'absence d'affaiblissement intellectuel enfin.

Mais ces délires présentent encore des particularités structurales qui leur confèrent une originalité et permet de les isoler dans le vaste groupe des psychoses paranoïaques : le thème délirant se réduit à un conflit social entre la personnalité du malade et l'ambiance. Il a une « formule » simple et monotone, qui traduit un choix d'idées élémentaires courantes, insérées dans la vie actuelle et d'une vraisemblance immédiatement familière. Il n'aboutit pas à la création d'un roman délirant, ne s'exprime jamais, au mépris des données de l'expérience et de la vraisemblance, sous une forme symbolique et dans un langage subjectif parce qu'il n'extériorise jamais cette pensée déréelle affective, de type régressif, infantile, qui peut se retrouver derrière le délire le mieux charpenté.

3^o L'évolution des délires à structure de réalité est essentiellement variable, suivant directement les variations de l'état affectif basal et les modalités étiologiques. La guérison nous a paru l'éventualité la plus fréquente ; le pronostic

est cependant assombri par la possibilité de récidives à la faveur d'une poussée obsessionnelle ou maniaque-dépressive, d'une exagération d'un état passionnel, ou à l'occasion d'une nouvelle intoxication alcoolique.

VI. — Quelle homologie pouvons-nous faire entre cet *essai nosographique* — qui ne fut pas, nous le répétons, notre principale préoccupation, notre souci d'établir un *pronostic clinique précoce* étant toujours resté au premier plan de ce travail — et les autres classifications ?

1^o Les délires oniroïdes correspondent en grande partie aux délires polymorphes des dégénérés de MAGNAN et à la paranoïa aiguë des anciens auteurs allemands et de SÉGLAS ; ils correspondent encore aux états oniroïdes étudiés par MAYER-GROSS, par le P^r CLAUDE et son école, à certaines bouffées délirantes épisodiques, psychoses dégénératives atypiques, psychoses hallucinatoires aiguës, etc..., décrits dans des publications éparses.

2^o Les délires restés insérés dans la réalité sont assimilables aux formes légères de la Paranoïa : au délire de revendication de SÉRIEUX et CAPGRAS, à toutes les variétés de délires hyposthéniques. Ils correspondent encore aux délires passionnels « où le trouble générateur est exclusivement d'ordre affectif, erreurs de jugement résultant de l'état passionnel comme chez l'homme normal ».

Le 18 avril 1937.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY.

VU : *Le Président de thèse,*
HENRI CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Abréviations

A. M. P. = Annales Médico-Psychologiques.

B. S. C. M. M. = Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale.

ABADIE (J.). — *L'Epilepsie psychique* (Revue Neurologique, 1932, p. 1201).

ABÉLY (P.). — *Psychose post-émotionnelle des jeunes gens simulant la démence précoce* (A. M. P., mars 1929, p. 247).

ABÉLY (X.) et BAUER. — *Les délires systématisés maniaques* (Archives de Neurologie, 1926, v. 45).

ABÉLY (X.). — (Voir Capgras).

ALLAMAGNY. — *Séquelles de l'onirisme chronique* (Thèse Paris, 1914).

AMADEI et TONINI. — *La Paranoia e sue forme* (Arch. ital. per le malattie nervose 1883).

ANGLADE. — *Les délires systématisés secondaires* (Rapport au Congrès de Marseille, 1899).

ANGLADE (L.). — *Les Revendicateurs* (Thèse Paris, 1937).

ANTHEAUME et TREPSAT. — *Sur un cas de délire de persécution disparu au bout de trois ans* (L'Encéphale, 1920, p. 106).

ARNAUD. — *Psychoses constitutionnelles* (in Traité de GILBERT-BALLET).

BALLET (Gilbert) et MALLET. — *Psychose hallucinatoire aiguë* (L'Encéphale, 1913, t. II, p. 57).

BALLET (Gilbert). — *A propos de l'influence des états affectifs sur le jugement et l'esprit critique* (A. M. P., avril 1921).

— *Sur un cas de délire onirique systématisé* (Bulletin médical, nov. 1911).

BALVET (P.). — *Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde* (Thèse Lyon, 1936).

— *De l'importance du sentiment de dépersonnalisation dans la pathogénie des délires* (Evolution Psychiatrique, déc. 1936, fasc. IV).

BEAUDOUIN (H.). — *Délire d'influence psychique* (guérison) (B. S. C. M. M. 1920, p. 257).

— *Délire de supposition avec idées de persécution non systématisé. — Paroxysme interprétatif avec idées de jalousie et tendances persécutrices* (A. M. P., avril 1919).

BENON. — *Etats passionnels* (Bull. Médical, 3 déc. 1932, p. 840).

— *Psychose circulaire et délire* (Journal de Psychologie, 1911 et Revue Neurologique, 1912).

- BESSIÈRE (R.). — *Paranoïa et Psychose périodique* (Thèse Paris, 1913).
- BETCHEREW (von). — *Sur la Paranoïa aiguë périodique simple*. (Monatschrift Psych. u. Neur., 1899, p. 321).
- BINET et SIMON. — *Définition des principaux états d'aliénation* (Année Psychologique, 1910, vol. XVI).
- BIRNBAUM. — *Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildung bei Degenerierten* (Halle, 1908).
- BJERRE, in *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (3^e v. p. 795-847).
- BLEULER. — *Naturgeschichte der Seele* (II^e Auf. 1932).
- *Ueber periodischen Wahnsinn* (Psych. neur. Wochenschrift Bd IV, 1902-1903).
- *Affectivität, Suggestibilität, Paranoïa* (II^{te} Angl. Halle, 1926).
- BLEULER. — *La schizophrénie* (Congrès des Alién. et Neurol. de langue française, Genève-Lausanne, 1926).
- *Lehrbuch der Psychiatrie* (3^e éd., 1920).
- BLONDEL. — *La conscience morbide* (Alcan, 1914).
- BLONDEL (Ch.) et CAMUS. — *Le délire des gouvernantes* (Journ. de Psychologie, 1910, p. 321).
- BONHOFFER. — *Klin. Beiträge zur Lehre der Degenerationspsychosen* (Halle, 1907).
- BONHOMME et PICHARD. — *La notion de réalité chez les délirants* (Evolution Psychiatrique, 1933, t. III, fasc. II, p. 9).
- BRIAND et FILASSIER. — *Bouffée ambitieuse à l'occasion de faits exacts chez un dégénéré et délire ambitieux chez un débile* (comparaison) (B. S. Cl. M. M., 1912, p. 307).
- CAPGRAS. — *Délire polymorphe et folie intermittente* (Bull. Société Clin. Méd. Ment., 1913, p. 224).
- *Folie intermittente et Délire systématisé chronique* (B. S. Cl. M. M., 1921, p. 25).
- CAPGRAS et ABÉLY (X). — *Psychoses atypiques, folie intermittente ou débute précoce* (Société cliniq. de Méd. ment., I, 1922).
- CAPGRAS. — *La consultation des états délirants* (Congrès de Paris, 1925).
- *Crimes et délires passionnels* (A. M. P., 22 déc. 1926).
- CAPGRAS et ABÉLY (X). — *Le délire interrogatif* (A. M. P., 1926, t. I, p. 12).
- CAPGRAS. — *Délire d'interrogation hyposthénique* (délire de supposition). (A. M. P., 1930, t. II, p. 272).
- CAPGRAS (J.). — *Psychose mixte et Paranoïa maniaque-dépressive* (Semaine des Hôpitaux de Paris, 15 juillet 1933).
- CEILLIER. — *Les Influencés. — Syndromes et psychoses d'influence* (L'Encéphale, 1924).
- CHARPENTIER (R.). — *L'onirisme hallucinatoire* (ses rapports avec la confusion mentale) (Revue Neurologique, 1919, p. 755).
- CHARPENTIER (J.). — *Psychose interprétative aiguë chez un accidenté du travail* (A. M. P., 1914, t. I, p. 308).
- CHASLIN (Ph.). — *La confusion mentale primitive* (Asselin et Houzeau, 1895).
- *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire* (1887).

- CHASLIN. — *La confusion mentale* (A. M. P., juillet 1945, t. I et II).
- CLAUDE (H.). — *Les Psychoses paranoïdes* (L'Encéphale, mars 1295, p. 137).
- CLAUDE et MONTASSUT. — *Délimitation de la paranoïa légitime* (L'Encéphale, 1926, t. I, p. 571).
- CLAUDE (H.) et SCHIFF (P.). — *Le délire d'interprétation à base affective de Kretschmer. Ses rapports avec le syndrome d'action extérieure* (L'Encéphale, 1928, t. I, p. 411).
- CLAUDE, MIGAULT et LACAN. — *Folies simultanées* (A. M. P., mai 1931, t. I, p. 483).
- CLAUDE (H.). — *Le syndrome d'action extérieure* (Le Progrès Médical, juin 1930, p. 1015).
- CLAUDE (H.). — *Sur quelques formes de délire épileptique* (Le Progrès Médical, mai 1932, p. 857).
- CLAUDE (H.) et EY (H.). — *Les troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'Encéphalite épidémique* (Presse Médicale, juillet 1933).
- CLAUDE, EY et MIGAULT. — *Etats dysesthésiques de structure comitiale* (A. M. P., 1934, t. I, p. 257).
- CLAUDE. — *Les délires de jalousie* (Progrès médical, 7 déc. 1935, p. 1941).
- CLAUDE (H.) et LAGACHE (D.). — *Les relations de la jalousie et de l'érotomanie* (Soc. de Psychologie, mars 1936).
- CLÉRAMBAULT (G. de). — *Attaques convulsives. Délires consécutifs mnésiques* (B. S. C. M. M., 1909).
- CLÉRAMBAULT (G. de). — *Les délires passionnels* (Erotomanie, Revendication, Jalousie) (Bul. Soc. Clin. Méd. ment., 1921, p. 61).
- *Délires mnésiques* (B. S. A. M. M., 1921, p. 12).
- *Délire de persécution et Erotomanie* (Bull. Soc. Cl. Méd. ment., déc. 1920 p. 238).
- CLÉRAMBAULT (G. de) et BROUSSEAU. — *Persécuteur hypocondriaque* (Bul. Soc. Cl. M. M., 1923 (p. 263).
- CLERC et PICARD. — *Sur trois cas de guérison de délire interprétatif sans prédisposition paranoïaque* (L'Encéphale, 1927, p. 345).
- CULLERRE. — *Une forme de délire systématisé des persécutés-persécutés.* — *Le délire de revendication* (A. M. P., 1897, p. 352).
- COURBON (P.). — *Les faux délires* (A. M. P., 1926, t. II, p. 231).
- COURBON et LECONTE. — *Les idées de persécution dans la manie* (A. M. P., 1934, t. I, p. 121).
- DALBIEZ (R.). — *La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne* (Paris-Desclée de Brouwer, 1936).
- DELMAS. — *Les psychoses post-oniriques* (Rapport au Congrès de Strasbourg 1920).
- DEMAY. — *Psychoses familiales* (Thèse Paris, 1913).
- DENY et BLONDEL. — *Débilité mentale et délire d'interprétation* (Soc. de Psych., octobre 1909).
- DENY et CAMUS. — *Délire d'interprétation et Paranoïa* (A. M. P., mai 1906).
- *Les états mixtes.*
- DEROUBAIX. — *Psychose systématisée à base d'interprétation délirante ou paranoïa simple* (Congrès de Mons, 1909. L'Encéphale, 1909).

- DIDE (M.). — *Les Idéalistes passionnés* (Paris, Alcan, 1913).
- *Quelle est la place des idéalistes passionnés en nosologie ?* (Journal de Psychologie, 1913, p. 303).
- *A propos des psychoses passionnelles* (B. S. Cl. M. M., nov. 1923 (p. 232).
- DIDE (M.) et GUIRAUD (P.). — *Psychiatrie du médecin-praticien*, 2^e éd. Masson, 1929).
- DROMARD. — *L'interprétation délirante* (Journ. de Psychologie, 1910).
- DUBLINEAU. — *Les bouffées délirantes* (Semaine des Hôpitaux, 1931, n^o 1, p. 25).
- (Evolution Psychiatrique, 1935).
- DUPRÉ et LOGRE. — *Les psychoses interprétatives aiguës* (A. M. P., 1914, t. II, p. 144).
- DUPRÉ et KAHN. — *Manie intermittente et Paranoïa quérulante* (Soc. de Psych., mars 1920).
- DUBOURDIEU. — *Contribution à l'étude des délires de persécution symptomatiques de Psychoses périodiques* (Th. Bordeaux, 1909).
- DUGAS. — *Le soupçon* (Journ. de Psychologie, juillet 1923).
- DUPRÉ. — *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*.
- EY (Henri). — *La notion de constitution* (Essai critique). (L'Evolution Psychiatrique, oct. 1932). (Discussion du Rapport au Congrès de Limoges, 1932).
- *Hallucinations et Délires* (Paris, Alcan, 1934).
- *Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille* (A. M. P., juin 1934, t. II, p. 101).
- EY (Henri) et ROUART (J.). — *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la Neuro-psychiatrie*. (Encéphale, 1936, t. I (mai) et t. II).
- ESPOSITO. — *Paranoïa e psichosi maniaco-depressiva*, 1911 (Rev. ital. di neur. Psych. et elettrot. vol. IV, f. IX, p. 400).
- FARNARIER. — *La Psychose hallucinatoire aiguë* (Thèse Paris, 1899).
- FERENCZI. — *Observations cliniques de paranoïa et de paraphrénie* (Traduct. in Revue française de Psychanalyse, 1932, n^o 1, p. 97).
- FREY (B.). — *Conception de Kraepelin et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques* (Th. Strasbourg).
- FREUD. — *La science des rêves* (tr. Meyerson). Alcan.
- FRIEDMANN. — *Beiträge zur Lehre von der Paranoïa* (Monatsch. f. Psych. Bd 17, mai-juin, 1905).
- GARNIER (P.). — *La folie à Paris* (Baillière, 1890).
- GAUPP. — *Rapport princeps sur la paranoïa abortive* (Congrès des médecins aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne) (Heilbron. nov. 1909).
- *Über paranoïsche Veranlagung und abortive Paranoïa* (Allg. Zeitch. f. Psych., 1910, p. 137).
- GENIL-PERRIN. — *Les Paranoïaques* (Maloine, 1926).

- GREEFF (E. de). — *Essai sur la personnalité du débile mental* (Journal de Psychologie, mai 1927, p. 400).
- *Psychologie des délires* (Journal Belge de Neurol. et Psychiat., 1931).
- GUIRAUD (P.). — *Les formes verbales de l'interprétation délirante* (A. M. P., 1921, t. I, p. 395).
- *Les délires chroniques* (hypothèses pathogéniques contemporaines) (L'Encéphale, 1925, p. 672).
- *Souvenirs d'enfance et idées de grandeur* (A. M. P., mars 1928.)
- GUIRAUD (P.) et NODET. — *Les Psychoses puerpérales et leur traitement* (Paris Médical, 19 sept. 1936).
- HALBERSTADT. — *La forme atténuée du délire d'interprétation* (Revue de Psychiatrie, août 1909).
- *L'opinion actuelle de Kraepelin* (la classification des états délirants. — Le groupe des Paraphrénies). (Revue de Psychiatrie, oct. 1912).
- HALBERSTADT et ARSIMOLES. — *Les psychoses pénitentiaires* (Arch. de Neur., juin 1914).
- HALBERSTADT. — *La Psychose délirante dégénérative aiguë* (A. M. P., 1922, t. II, p. 100).
- *Syndromes anormaux au cours de la Psychose maniaque dépressive* (A. M. P., février, 1930).
- HANNARD. — *Contribution à l'étude des psychoses préséniles* (Revue de Psychiatrie, oct. 1912).
- HEUYER. — *Psychoses passionnelles* (Semaine des Hôpitaux de Paris, mai-juin 1928).
- *Psychoses et crimes passionnels* (Hygiène Mentale, n° 7, 1932, p. 196; A. M. P., 1931, t. I, p. 253).
- HEUYER et BOREL. — *Délire de rêverie*.
- JANET (Pierre). — *Névroses et idées fixes*, 2 vol. 1902, 2^e éd. Alcan.
- JANET et RAYMOND. — *Obsessions et Psychasthénie*, 1909 (2^e éd.).
- JASPERS (K.). — *Psychopathologie générale* (Heidelberg, 3^e éd., 1922 (trad. franç. Kastler et Mendousse, Alcan, 1933).
- KAHN (P.). — *Un cas de délire de persécution chez un excité maniaque* (Encéphale, nov. 1912, p. 476).
- KAHN. — *Ref. über den sensitiven Beziehungswahn* (Z. f. d. g. Neur. u Psych., 1924, p. 264).
- KÉRAVAL (de). — *Des délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de Paranoïa* (Arch. de Neur., 1894-1895).
- KLEIST. — *Die Streitfrage der akuten Paranoia* (Z. f. d. ges. Neur., 1911, V, p. 386).
- *Episodische Dammerzustände* (Leipzig, 1926).
- *Ueber zyklode paranoide und epileptoide Psychosen der Degenerationspsychosen* (Arch. Suisses de Neur. et Psychiatr., 1928, t. XXIII, p. 3).
- KLEIST. — *Die Involutionenparanoia* (Allg. Zeitsch. f. Psych. Gericht. Med., 70).
- KLIPPEL et LOPEZ. — *Du rêve et du délire qui lui fait suite dans les infections aiguës* (Revue de Psychiatrie, 1900).

- KLIPPEL et TRÉNAUNAY. — *Délire systématisé de rêve à rêve* (Rev. de Psychiatrie, 1901, p. 97).
- KRAEPELIN. — *Lehrbuch der Psychiatrie* (Tr. Devaux et Logre, 1907).
— *Psychiatrische Klinik* (2 vol. 1921) (Leipzig).
- *Ueber exogen Reaktionstypene* (Z. f. d. g. Neur. u. Psych., 1925).
- KRAFFT-EBING. — *Lehrbuch der Psychiatrie* (Stuttgart, 1888). (Tr. franç. 1897).
- KRETSCHMER. — *Der sensitive Beziehungswahn* (2^e éd., 1927, Springer, Berlin).
- *Psychologie médicale* (Tr. franç. Jankelevitch-Payot, 1927).
- *Körperbau und Charakter*. Springer, Berlin, 1921 (Traduct. franç.).
- LACAN (J.). — *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* (Thèse Paris, 1932).
- *Structure des psychoses paranoïaques* (Semaine des Hôpitaux, juillet 1934).
- LAGACHE. — *Passions et psychoses passionnelles* (Evolution psychiatrique, 1936, n^o 3).
- *Discussion S. M. P.*, 11 juin 1936 (t. II, p. 470).
- LAIGNEL-LAVASTINE et BOURGEOIS. — *Un cas d'interprétation symptomatique d'un état hypomaniacal* (Soc. de Psychiatrie, VI, 1927).
- LALANNE. — *Les Persécutés mélancoliques* (Thèse Bordeaux, 1897).
- LANGE. — *Ueber die Paranoia und die paranoische Veranlagung* (Z. f. die ges. Neur. u. Psych., Bd. 94, 1924).
- LEGRAIN. — *Du délire chez les dégénérés* (Thèse Paris, 1886).
- *Les Folies à éclipse* (1910).
- LÉPINE. — *Travaux du Centre de psychiatrie de Lyon* (délire de persécution) (Revue Neurologique, 1916, t. II, p. 700.)
- *Les troubles mentaux de guerre* (Masson, 1917).
- LEROY. — *Les Persécutés persécuteurs* (Th. Paris, 1896).
- LÉVY-VALENSI. — *Les crimes passionnels* (XVI^e congrès de Médecine légale, 1931).
- LÉVY-VALENSI, MASQUIN et MARESCHAL. — *Hypomanie délirante* (A. M. P., 1932, t. II, p. 612).
- LIBERT. — *Mémoire sur les Psychoses interprétatives* (A. M. P., déc. 1912).
- LOGRE et HEUYER. — *Idées d'influence au cours de l'excitation maniaque* (Congrès de Strasbourg, 1920).
- MAGNAN. — *La folie héréditaire* (1882-1883).
- *Le Délire systématisé des dégénérés dans les diverses psychoses* (Ann. Neur., 1894).
- *Délire chronique et Dégénérescence* (Semaine des Hôpitaux, 1894).
- *Leçons cliniques, 1893-1897* (recueillies par Pécharman).
- MAGNAN et LEGRAIN. — *Les Dégénérés* (1895).
- MAGNAN et SÉRIEUX. — *Le Délire chronique à évolution systématique* (1893).
- MASSELOU. — *Les psychoses associées. Psychose maniaque-dépressive et délire d'interprétation* (A. M. P., juin, 1912, p. 641).
- *Psychoses constitutionnelles et psychoses associées* (L'Encéphale, II, 1913, p. 394).

- MAYER-GROSS. — *Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform* (Berlin, Springer, 1924).
- MEYERSON et QUERCY. — *Des interprétations frustes* (Journal de psychol., 1920, p. 811).
- MEYNERT. — *Die acuten hallucinatorischen Formen des Wahnsinns und ihr Wirrlauf* (Jahrbücher für Psych., 1881).
- MENDEL. — *Sur une forme de folie périodique* (Allg. Zeitsch. f. Psych., 1888).
- MIGNARD. — *Psychoses passionnelles* (A. M. P., janv. 1293).
- MIGNOT. — *Psycho-pathologie de l'alcoolisme*, in *Traité de l'Alcoolisme* par TRIBOULET, MATHIEU et MIGNOT (Paris, 1905).
- MINKOWSKI. — *La schizophrénie et la notion de maladie mentale* (sa conception dans l'œuvre de BLEULER) (Encéphale, 1922).
- *La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels* (Evolut. psychiatrique, t. I, 1925).
- *La schizophrénie* (Payot), 1927).
- MONTASSUT. — *La constitution paranoïaque* (Thèse Paris, 1924).
- NATHAN et GALLOT. — *Les bouffées délirantes motivées* (L'Encéphale, 1928, t. I, p. 283).
- NAUDASCHER. — *Délire comitial partiellement mnésique* (B. S. Cl. M. M. 1922, p. 81).
- NEYRAC. — *La Démence paranoïde* (Th. Lille, 1924).
- NODET (Ch. Henri). — *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques*. (Thèse Paris, 1937, Doin).
- NOUET et TREPSAT. — *États mixtes de la Psychose maniaque-dépressive* (Journ. de Neurol., 1910).
- NOUET et LAUTIER. — *Sur le délire hypocondriaque intercurrent au cours de l'évolution du délire de revendication* (L'Encéphale 1923, p. 164).
- PASCAL (C.) et COURBON (P.). — *Les délires de préjudice préséniles* (L'Encéphale, 1906, p. 571).
- PASCAL (C.) et DESCHAMPS (A.). — *Psychoses de sensibilisation. Allergie* (A. M. P., mai-juin, 1931, t. I et II).
- PASCAL (C.). — *Chagrins d'amour et psychoses* (Doin, 1935).
- PETIT (G.) et MONTASSUT. — *Psychose hallucinatoire abortive* (L'Encéphale, 1928, t. I, p. 457).
- PETIT (G.). — *Excitation maniaque et Paranoïa* (A. M. P., juin, 1933).
- PICHON (E.). — *Revue de Psychanalyse*, 1927 (I, n° 4, p. 764-773).
- RAYMOND. — *Névroses et psycho-névroses* (Delarue, 1907).
- RAYMOND et LAGRIFFE. — *Délire de Persécution à base de fausse interprétation et Délire alcoolique* (Arch. de Neurol., sept. 1906, n° 192, p. 176).
- RAYNEAU. — *Les troubles psychiques post-opératoires* (Congrès d'Angers. — Discussion de Régis).
- RÉDALIÉ. — *La notion de réaction en psychiatrie* (Arch. Suisses de Neurol. et Psych., 1929).
- RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*.
- *Notes sur le délire d'auto-intoxication et d'infection* (Presse Médicale août 1898).

- RÉGIS. — *Le délire onirique des intoxications et des infections* (Lecture faite à l'Académie de médecine, 7 mai 1901).
- Discussion au Congrès de Marseille, 1899.
- *La phase de réveil du délire onirique* (Encéphale, 1911, p. 449).
- RIBOT. — *Essai sur les passions*, Paris, Alcan.
- ROSENBACH. — *Contribution à l'étude de quelques formes d'aliénation mentale dans leurs rapports avec la Paranoïa* (A. M. P., 1891, p. 11 et 193).
- ROSENFELD. — (Strasbourg). *A propos du diagnostic différentiel des psychoses fonctionnelles endogènes* (C. f. Psych. u. N. vol. 12, p. 109).
- ROSSI. — *A propos de certains états d'aliénation curable simulant la schizophrénie* (L'Encéphale, juin 1928, p. 501).
- ROUART (Julien). — *Psychoses maniaques dépressives et folies discordantes* (Thèse Paris, 1935).
- *Du rôle de l'onirisme dans les psychoses de type paranoïaque et maniaque-dépressif* (Evolution Psychiatrique, déc. 1936, fasc. IV).
- RUBÉNOVITCH et CANTACUZÈNE. — *Le syndrome d'action extérieure* (Progrès médical, 20 juin, 4 juill. 1936).
- SANTENOISE, CODET et TARGOWLA. — *Bouffées délirantes et psychoses périodiques*.
- SAURY. — *La folie héréditaire*.
- SCHIFF (Paul). — *Les Paranoïas et la Psychanalyse* (Rapport à la 9^e Conférence des Psychanalystes de langue française, Paris, 2 févr. 1935).
- SCHNEIDER (Kurt). — *Der Begriff des Reaktion in der Psychiatrie* (Zeitsch. f. die ges. N. u. Psych., 1925, 95).
- SCHULE. — *Traité des maladies mentales* (Traduct. franç. Dagonet et Duhamel), (1888).
- SÉGLAS. — *La Paranoïa aiguë* (14^e leçon clinique, 1894).
- *Délire systématisé dans les Psychoses* (Ann. neurol., 1894, p. 278).
- *Diagnostic du délire de persécution systématisé* (avec le délire de revendication) (Semaine médicale, n^o 50).
- *Les persécutés auto-accusateurs* (Leçons cliniques, 1894).
- SEIFFER. — *Acute recidierende hallucinatorische Paranoïa* (Allg. Z. f. Psych., Band 62, 1905).
- SÉRIEUX (Paul). — *Des délires chroniques à évolution systématique et des psychoses des dégénérés* (Bull. Soc. de Méd. ment. de Belgique, déc. 1890, mars 1891).
- SÉRIEUX et LIBERT. — *Les psychoses interprétatives aiguës symptomatiques* (Congrès de Gand, 1913).
- SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Les Folies raisonnantes* (Alcan, 1909).
- *Délires systématisés chroniques* (Traité de Pathologie, SERGENT-RIBAUDEAU-DUMAS, VII. Psychiatrie, t. I, p. 246. Maloine, 1926).
- SOUKHANOFF. — *De la soi-disant Paranoïa* (Journal de Neurol., 1909, n^o 3).
- SOM. — *Folie intermittente et délire de persécution* (Th. Bordeaux, 1912).
- SPECHT. — *Manie chronique et Paranoïa* (Zentralblatt f. Nerven- u. Psych., XX, VIII, t. XLI, 1908, p. 591).
- SWICK. — (Thèse Paris, 1934).
- TAGUET. — *Du délire intermittent* (A. M. P., 1882, p. 209).

- TANZI et RIVA. — *La Paranoïa contributi alla storia delle degenerazioni psichiche* (Riv. sper. di Frenicatie, 1884).
- TARGOWLA. — *Les Délires polymorphes* (Encéphale, 1926, t. I, p. 18).
- THOMSEN. — *Die akute Paranoïa* (Arch. f. Psych., vol. VI, n° 3, p. 803).
- TINEL (G.), ROBIN et CÉNAC. — *Psychose interprétative d'origine émotive. — Du pronostic de ces états interprétatifs* (Soc. de Psychiart., 18 janvier 1926).
- TRENAUNAY (Paul). — *Le rêve prolongé* (Th. Paris, 1901).
- TRÉNEL. — *Notes sur la question de la Paranoïa aiguë* (A. M. P., déc. 1910, t. II, p. 446).
- *Délire systématisé et syndrome circulaire* (Bull. Soc. clin. de M. Ment., juillet 1922).
- URECHIA. — *Les psychoses réactionnelles* (1919) (Encéphale, 1931, t. II, p. 591).
- VALENCE (Robert). — *Contribution à l'étude des états interprétatifs* (en dehors du délire d'interprétation) (Th. Paris, 1927).
- VALLON. — *Les délires transitoires* (Congrès d'Anvers, 1898).
- VALLON et BESSIÈRE. — *Guérison tardive d'une psychose alcoolique* (L'Encéphale, 1912, t. II, p. 376).
- VERMEYLEN. — *Sur quelques cas de Psychoses interprétatives aiguës* (Congrès d'Anvers, 1928, p. 267).
- VERMECK. — *Sur les frontières de la Paranoïa* (Étude clinique et médico-légale (Journal de Neurologie et de Psych., 1930, p. 384).
- WESTPHALL. — *Ueber die Verrücktheit* (Allg. Zeit. f. Psych., XXXIV, 1878).
- WILLMANS. — *Zur klinischen Stellung der Paranoïa* (Zentr. f. Nerv. u. Psych., 1910).
- ZIEHEN. — *Psychiatrie*, 2^e éd., Leipzig, 1902.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
HISTORIQUE	3
I ^{re} Période. : Les délires polymorphes. — La Paranoïa aiguë.	4
II ^e Période. : L'éclipse des délires curables.....	10
A) Kraepelin. — Les entités cliniques	10
B) Les classifications françaises	13
III ^e Période : Phase moderne de la question.....	16
Réaction en faveur des délires curables.	
I. En Allemagne :	
a) Réaction en faveur des bouffées délirantes polymorphes et fugaces.....	16
b) Réaction en faveur des formes curables de la Paranoïa	22
II. En France :	
a) L'onirisme et les états oniriques dégradés.....	25
b) Les délires polymorphes.....	28
c) Les états interprétatifs aigus, curables.....	30
d) Les délires hyposthéniques	32

PREMIÈRE PARTIE

LES DÉLIRES CURABLES A STRUCTURE ONIROÏDE

Aspect général	40
Modes de début	41
Structure des délires oniroïdes :	44
<i>La pensée onirique</i>	
<i>Mécanismes psychologiques</i>	
Les éléments confusionnels concomitants.....	49
Les troubles de l'humeur. L'état affectif.....	51
Expression clinique des délires oniroïdes.....	53
Syndrome physique et Etiologie.....	56
Diagnostic.....	57
I. Avec l'onirisme typique	
II. Avec les états paranoïdes	

Evolution et pronostic	61
Observations	66

DEUXIÈME PARTIE

LES DÉLIRES ET LES IDÉES DÉLIRANTES A STRUCTURE DE RÉALITÉ

I) Structure intellectuelle de délires en général.....	110
Essai de classification des délires.....	112
La Pensée déréelle.....	113
II) Les délires et les idées délirantes à structure de réalité.	
Leur opposition aux délires déréels.....	118
A) L'état affectif basal.....	120
B) Structure intellectuelle.....	123
I) <i>Structure intellectuelle des délires insérés dans la réalité.</i>	
II) <i>Structure intellectuelle des délires chroniques déréels.</i>	
III) <i>Comparaison entre la classification adoptée et les classifications contemporaines.</i>	
C) Evolution et pronostic.....	140
D) Etiologie et variétés cliniques.....	142
1) Délire de persécution de la Psychose maniaque-dépressive.	
2) Délires de persécution paranoïaques.	
3) Délires psychasthéniques de persécution.	
4) Délires de persécution des débiles mentaux.	
5) Délires par processus.	
CONCLUSIONS	189
BIBLIOGRAPHIE	193

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 7-4-1937.

